

СМЕРТНОСТЬ И РОЖДАЕМОСТЬ
В XIX ВЕКЕ НА ТЕРРИТОРИИ ЕВРОПЕЙСКОЙ ЧАСТИ
РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ В ГРАНИЦАХ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 1926 ГОДА
ЕВГЕНИЙ АНДРЕЕВ

НЕУДОВЛЕТВОРЁННЫЕ ПОТРЕБНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ У НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ:
РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В 2022 Г.
**АРСЕН ДАВИТАДЗЕ, ТАТЬЯНА РОДИОНОВА,
АЛИНА ХАБИБУЛЛИНА, ЕКАТЕРИНА АЛЕКСАНДРОВА**

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ
ТАБАЧНОЙ И НИКОТИНСОДЕРЖАЩЕЙ ПРОДУКЦИИ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ:
АНАЛИЗ ТЕНДЕНЦИЙ В 2019-2022 ГГ.
**НИКОЛАЙ СТАДНИК, СВЕТЛАНА НИКИТИНА,
ГАЛИНА САХАРОВА, НИКОЛАЙ АНТОНОВ,
ОЛЕГ САЛАГАЙ**

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ РИСКИ
СТИГМАТИЗАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ
НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ
ЮЛИЯ КОРШУНОВА

ДЕТИ МИГРАНТОВ В РОССИИ:
ПОТРЕБНОСТЬ В ИНТЕГРАЦИОННОЙ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКЕ
МАРИЯ СМЕРНОВА

АРМЯНЕ ЮГА РОССИИ – СОВРЕМЕННАЯ
ГЕОДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА
РЕГИОНАЛЬНЫХ ОБЩИН (2010-Е – НАЧАЛО 2020-Х ГГ.)
СЕРГЕЙ СУЩИЙ

демографическое обозрение

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор

Сергей Владимирович ЗАХАРОВ

Заместитель главного редактора

Сергей Андреевич ТИМОНИН

Заместитель главного редактора

Никита Владимирович МКРТЧЯН

Ответственный секретарь редакции

Анастасия Ивановна ПЬЯНКОВА

Корректор

Наталия Станиславовна ЖУЛЕВА

Компьютерная вёрстка и графика

Кирилл Владимирович РЕШЕТНИКОВ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Виктор АГАДЖАНЯН

Евгений АНДРЕЕВ

Василий ВЛАСОВ

Ольга ГАГАУЗ

Михаил ДЕНИСЕНКО

Сергей ЗАХАРОВ

Сергей ИВАНОВ

Алла ИВАНОВА

Ольга ИСУПОВА

Ирина КАЛАБИХИНА

Михаил КЛУПТ

Никита МКРТЧЯН

Анна МИХЕЕВА

Владимир МУКОМЕЛЬ

Лилия ОВЧАРОВА

Павел ПОЛЯН

Анастасия ПЬЯНКОВА

Мария САВОСКУЛ

Сергей ТИМОНИН

Андрей ТРЕЙВИШ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Барбара А. АНДЕРСЕН

Мишель ГИЙО

Павел ГРИГОРЬЕВ

Ирина ЕЛИСЕЕВА

Наталья ЗУБАРЕВИЧ

Владимир ИОНЦЕВ

Казухиро КУМО

Дэвид ЛЕОН

Элла ЛИБАНОВА

Массимо ЛИВИ БАЧЧИ

Тамара МАКСИМОВА

Татьяна МАЛЕВА

Франс МЕЛЕ

Борис МИРОНОВ

Светлана НИКИТИНА

Томаш СОБОТКА

Влада СТАНКУНЕНЕ

Марк ТОЛЬЦ

Владимир ШКОЛЬНИКОВ

Сергей ЩЕРБОВ

Николас ЭБЕРШТАД

ЖУРНАЛ ОСНОВАН АНАТОЛИЕМ ГРИГОРЬЕВИЧЕМ ВИШНЕВСКИМ (1935-2021) В 2014 ГОДУ.

Выпускается ежеквартально. Издается с 2014 года.

Все рукописи проходят обязательное предварительное рецензирование.

Позиция Редакции не обязательно совпадает с мнением авторов.

Перепечатка материалов возможна только по согласованию с редакцией.

Журнал зарегистрирован 13 октября 2016 года Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

*Свидетельство о регистрации средства массовой информации
Эл № ФС77-67362.*

ISSN 2409-2274

Контакты 109028 Россия, г. Москва, Большой Трехсвятительский пер., дом 3, офис 303

Телефон: 8-495-772-95-90*11864 / *11824

www.demreview.hse.ru

demreview@hse.ru

EDITORIAL OFFICE:

Editor-in-Chief
Sergei V. ZAKHAROV

Deputy Editor-in-Chief
Sergey A. TIMONIN

Deputy Editor-in-Chief
Nikita V. MKRTCHYAN

Managing Editor
Anastasia I. PYANKOVA

Proofreader
Natalia S. ZHULEVA

Design and Making-up
Kirill V. RESHETNIKOV

EDITORIAL BOARD:

Victor AGADJANIAN
Evgeny ANDREEV
Mikhail DENISSENKO
Olga GAGAUZ
Olga ISUPOVA
Sergey IVANOV
Alla IVANOVA
Irina KALABIKHINA
Mikhail KLUPT
Nikita MKRTCHYAN

Anna MIKHEEVA
Vladimir MUKOMEL
Lilia OVCHAROVA
Pavel POLIAN
Anastasia PYANKOVA
Maria SAVOSKUL
Sergey TIMONIN
Andrey TREIVISCH
Vasily VLASSOV
Sergey ZAKHAROV

INTERNATIONAL EDITORIAL COUNCIL:

Barbara ANDERSON
Nicholas EBERSTADT
Irina ELISEEVA
Pavel GRIGOREV
Michel GUILLOT
Vladimir IONTSEV
Kazuhiro KUMO
David LEON
Ella LIBANOVA
Massimo LIVI BACCI
Tamara MAKSIMOVA

Tatyana MALEVA
France MESLE
Boris MIRONOV
Svetlana NIKITINA
Tomas SOBOTKA
Sergei SCHERBOV
Vladimir SHKOLNIKOV
Vlada STANKUNIENE
Mark TOLTS
Natalia ZUBAREVICH

FOUNDED BY ANATOLY G. VISHNEVSKY (1935-2021) IN 2014.

Released quarterly. Published since 2014.

All manuscripts are obligatory peer-reviewed.

Editorial office position does not necessarily coincide with the views of the authors.

Reproduction of any materials is possible only by agreement with the editorial office.

*The journal is registered on October 13, 2016 in the Federal Service for Supervision of Communications, Information Technology, and Mass Media.
Certificate of Mass Media Registration ЭЛ № ФС77-67362.
ISSN 2409-2274*

**Editorial
address**

Bolshoy Trekhsvyatitskiy lane 3, office 303, Moscow, 109028, Russia
Phone: 8-495-772-95-90 * 11864 / *11824
www.demreview.hse.ru
demreview@hse.ru

Оригинальные статьи

Mortality and fertility in the 19th century on the territory of the European part of the Russian Empire within the borders of the Russian Federation in 1926

Evgeny Andreev

4-19 Смертность и рождаемость в XIX веке на территории Европейской части Российской Империи в границах Российской Федерации 1926 года

Евгений Андреев

Unmet needs for health care in Russia: findings from the 2022 Public health monitoring survey

*Arsen Davitadze,
Tatiana Rodionova,
Alina Khabibullina,
Ekaterina Aleksandrova*

20-36 Неудовлетворённые потребности в медицинской помощи у населения России: результаты Мониторинга общественного здоровья в 2022 г.

*Арсен Давитадзе, Татьяна Родионова,
Алина Хабибуллина, Екатерина Александрова*

Prevalence of tobacco consumption in the Russian Federation: analysis of trends in 2019 - 2022

*Nikolay Stadnik,
Svetlana Nikitina,
Galina Sakharova,
Nikolay Antonov,
Oleg Salagay*

37-60 Распространенность потребления табачной и никотинсодержащей продукции в Российской Федерации: анализ тенденций в 2019-2022 гг.

*Николай Стадник, Светлана Никитина,
Галина Сахарова, Николай Антонов, Олег Салагай*

Socio-economic risks of the stigmatization of HIV-positive persons using the example of college students

Yulia Korshunova

61-80 Социально-экономические риски стигматизации ВИЧ-инфицированных на примере студенческой молодёжи

Юлия Коршунова

Children of migrants in Russia: the need for integrative educational support

Mariia Smirnova

81-103 Дети мигрантов в России: потребность в интеграционной образовательной поддержке

Мария Смирнова

Armenians of southern Russia – modern geodemographic dynamics of regional communities (2010s – early 2020s)

Sergey Sushchiy

104-123 Армяне юга России – современная геодемографическая динамика региональных общин (2010-е – начало 2020-х гг.)

Сергей Суцкий

**Смертность и рождаемость
в XIX веке на территории
Европейской части
Российской Империи в границах
Российской Федерации
1926 года**

Евгений Михайлович Андреев
(e.andreev@hse.ru), Национальный
исследовательский университет «Высшая
школа экономики», Россия.

**Mortality and fertility in the
19th century on the territory
of the European part of the
Russian Empire within the
borders of the Russian
Federation in 1926**

Evgeny Andreev
(e.andreev@hse.ru), HSE University,
Russia.

Резюме: Цель исследования – воспользовавшись методами, разработанными экспертами ООН для стран с неполной и недостоверной демографической статистикой, оценить смертность и рождаемость в России в XIX веке.

Надежные и доступные данные, характеризующие возрастной состав населения и возрастную смертность в конце XIX века и динамику рождений и смертей на его протяжении, относятся к Европейской части Российской Федерации в границах 1926 г. Именно эта территория стала объектом исследования. Ожидаемая продолжительность жизни на изучаемой территории в середине XIX века лежала в интервале 26–28 лет, коэффициент суммарной рождаемости составлял 6,3, а среднее число живых детей у женщины не превосходило 3.

Ключевые слова: население России в XIX веке, рождаемость, смертность, стабильные и полустабильные населения, перепись населения 1897 г.

Благодарности: Автор выражает искреннюю благодарность С.В. Захарову, который прочел рукопись до представления в редакцию и дал ряд полезных советов.

Финансирование: Данная статья написана в ходе проведения исследований, финансируемых Фондом фундаментальных исследований НИУ ВШЭ.

Для цитирования: Андреев Е. М. (2024). Смертность и рождаемость в XIX веке на территории Европейской части Российской Империи в границах Российской Федерации 1926 года. Демографическое обозрение, 11(1), 4–19. <https://doi.org/10.17323/demreview.v11i1.20929>

Abstract: The purpose of this study is to apply methods developed by UN experts for countries with incomplete and unreliable demographic statistics to estimate mortality and fertility indicators for Russia in the 19th century.

Reliable and accessible data characterizing the age composition of the population and age-related mortality at the end of the 19th century and the dynamics of births and deaths during it relate to the European part of the Russian Federation within the borders of 1926. It was this territory that became the object of research.

Life expectancy in the territory under consideration in the middle of the 19th century was in the range of 26–28 years, the total fertility rate was 6.3, and the average number of live children per woman did not exceed 3.

Keywords: population of Russia in the 19th century, fertility, mortality, stable and semi-stable populations, 1897 population census.

Acknowledgments: The author expresses his sincere thanks to S.V. Zakharov, who read the manuscript before submission to the editor and gave much useful advice.

Funding: This article was written in the course of research funded by the Fundamental Research Fund of the National Research University Higher School of Economics.

For citation: Andreev E. (2024). Mortality and fertility in the 19th century on the territory of the European part of the Russian Empire within the borders of the Russian Federation in 1926. Demographic Review, 11(1), 4–19. <https://doi.org/10.17323/demreview.v11i1.20929>

Введение

Возрастная структура населения несет информацию о его демографической истории. Пирамидальная возрастная структура говорит об отсутствии в предшествующей истории резких колебаний и позволяет надеяться, что она позволит оценить параметры режима воспроизводства населения в предшествующие годы. В данной статье мы попытались применить этот подход для оценки уровня рождаемости на территории Европейской части Российской Федерации в XIX веке. Насколько нам известно, это первый опыт такого рода. Архивы большинства развитых стран дают демографам значительно больше информации для исторических исследований, чем России.

Существует много подходов к измерению уровня рождаемости. Весьма привлекательным кажется измерять рождаемость числом детей, рожденных женщиной за жизнь. Но и такой подход не безукоризнен, так как не учитывает того, что и женщины, и рожденные дети смертны. Это в наше время смерть молодой женщины и ее ребенка – редкое явление, а в XIX веке такое случалось очень часто. С учетом этого, оценивая уровень рождаемости, хочется говорить о живых детях у живой матери. Наверное, поэтому для того, чтобы получить представление об общей и эффективной рождаемости при демографических обследованиях у женщин спрашивают, сколько детей они родили и сколько из них живы.

Мы воспользуемся результатами известных расчетов, которые провели С.А. Новосельский и В.В. Паевский, отталкиваясь от Переписи населения Российской империи 1897 г. (Смертность и продолжительность жизни... 1930: 110-111) (далее таблицы Новосельского-Паевского). Следует подчеркнуть, что в XIX веке восточные губернии империи, которые в 1926 г. входили в состав Российской Федерации, в демографическом отношении отличались от остальных губерний. У нас нет данных по «остальным» губерниям, но можно сравнить все 50 губерний с теми 30, которые вошли в РСФСР. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин в 50 губерниях составляла 31,4 года (Новосельский 1916) против 29,4 в восточных (Смертность и продолжительность жизни ... 1930: 110-111). Для женщин разрыв еще больше: 33,4 года против 31,7.

В дальнейшем мы будем для краткости именовать территорию Европейской части Российской Империи, вошедшую в состав РСФСР в границах 1926 г., *изучаемой территорией*.

1. Методы и доступная информация о населении

О населении России до переписи 1897 г. известно немного. Основная доступная информация собрана в книге А.Г. Рашина (1956). Однако демографы успели выработать немало методов восполнения пробелов в данных. Эта работа радикально ускорила в связи с процессом деколонизации и появления большого числа новых независимых государств, о населении которых почти ничего не было известно. Чтобы узнать численность и состав населения надо было провести его перепись. При содействии ООН переписи проводились. Они давали мгновенную фотографию населения, но лишь очень приближенно позволяли судить о динамике. В этот период рекомендации ООН по программе переписей включали только традиционные, самые необходимые вопросы.

Обнаружилось, что возрастная пирамида населения большинства возникших на месте колоний новых стран не содержит изъянов, так характерных для стран Евразии.

Более того, оказалось, что возрастной состав населения очень напоминает состав стабильного населения. Родилась идея, что, подобрав стабильное население, можно оценивать базовые характеристики воспроизводства в период, предшествующий проведенной переписи. Это будет оценкой в среднем за период, но, судя по составу населения и другим признакам, в этих странах существенных изменений в уровнях рождаемости и смертности не наблюдалось. Значительная часть этой работы проходила под эгидой Отдела населения Департамента социальных дел ООН с конца 1940-х до начала 1980-х, где в этот период успели поработать большинство занятых данной темой ученых из разных стран. Важнейшие с нашей точки зрения результаты содержались в вышедшем в конце 1960-х на английском (UN 1968) и французском языках руководстве, название которого в русском переводе звучит как «Концепция стабильного населения. Приложение к странам с неполной и недостоверной демографической статистикой». Хотя автором документа указано ООН, все связывают эту книгу с именем Жана Буржуа-Пиша, который в это время руководил работой Отдела населения. Несмотря на название, главным в «Концепции» было то, что реальное население могло быть не совсем стабильным.

Двумя годами раньше была опубликована книга Э. Коула и П. Демени «Региональные модельные таблицы смертности и стабильные населения» (Coale, Demeny 1966). Книга содержит 4 семейства кривых смертности, женские и мужские стабильные населения, упорядоченные по ожидаемой продолжительности жизни, коэффициенту суммарной рождаемости с учетом среднего возраста матери при рождении ребенка. В итоге появился инструмент для подбора подходящего стабильного населения. Впрочем, книга более ценна как идея, поскольку вскоре подбор передоверили компьютеру.

Подбирая параметры стабильного населения, соответствующие данной возрастной структуре, следует иметь в виду, что одной возрастной структуре вполне возможно соответствует более одного стабильного населения. Если в двух населениях риск смерти (строго говоря, сила смертности) во всех возрастах различается на одну и ту же величину, а коэффициенты естественного прироста различаются на ту же величину, но в обратную сторону, то возрастные структуры двух стабильных населений совпадают. Это и было главной новаторской идеей в руководстве (UN 1968). С практической точки зрения это означает, что только возрастной структуры для оценки параметров недостаточно.

С другой стороны, это же свойство означает, что если в стабильном до некоторого момента населении в этот момент сила смертности во всех возрастах начинает одинаково расти или снижаться, то скорость роста населения снижается или растет, а возрастная структура не меняется. Такое население называли полустабильным. Важно, что если некоторое событие одинаково подействовало на все возраста, то оно не изменило возрастную структуру. Примерно так на возрастную смертность влияли вспышки опасных инфекций или периоды голода, или, наоборот, какие либо благоприятные изменения в жизни населения.

Вернемся к поставленной задаче. В отличие от новых государств, для изучаемой нами территории в свое время были рассчитаны таблицы смертности, основанные на данных официальной статистики. Правда, вопрос о полноте данных об умерших авторы расчета не обсуждали. На наш взгляд, данные заведомо были не полными. В XIX веке в статистику смертности попадали только те дети из православного большинства населения изучаемой территории, которые прошли обряд крещения. Детей крестили на восьмой день

жизни. Младенцы, умершие на первой неделе жизни, не входили ни в число родившихся, ни в число умерших. Вероятно, были и другие категории населения, смерти которых не учитывалась полностью.

Построение стабильного женского населения, ближайшего к населению изучаемой территории при переписи 1897 г., включает следующие шаги.

Данные переписи о возрастном составе губерний, вошедших в состав изучаемой территории (Первая Всеобщая перепись... 1905), суммируются и интерполируются по однолетним группам возраста. Отметим, что данные переписи подвержены большой возрастной аккумуляции, поэтому альтернативой интерполяции было бы выравнивание данных. Далее была рассчитана возрастная структура женского населения.

Структура стабильного населения определяется по формуле:

$$C \cdot L(x) \cdot \exp(-rx) \quad (1)$$

где $L(x)$ – функция число живущих таблиц смертности, x – возраст, r – коэффициент естественного прироста стабильного населения, C – нормирующий множитель, приводящий сумму возрастных групп к 1. Подбирается такой параметр r , при котором структура стабильного населения ближе всего к структуре реального населения.

В России, по всеобщему мнению, изменения в смертности начались не раньше самого конца XIX века (Вишневский 2005), а до этого сохранялся весьма высокий ее уровень. В это время наблюдались вспышки голода и холеры. Россия также вела военные действия, правда за пределами изучаемой территории. Можно допустить, что они не сказывались на смертности женщин.

Если, действуя по схеме, предложенной для новых независимых государств – бывших колоний, мы допустим, что смертность женщин в предшествующие переписи годы описывается таблицей смертности 1896 - 1897 гг., то полностью проигнорируем повышения смертности в годы неурожая и эпидемий *и начавшееся в конце XIX века снижение смертности*, тем самым занижим уровень смертности. Определенный с помощью модели стабильного населения коэффициент естественного прироста окажется завышенным. Чтобы учесть это, мы наряду с таблицами Новосельского-Паевского рассматриваем модель, где сила смертности во всех возрастах повышена на одну и ту же величину так, чтобы коэффициент естественного прироста стабильного населения был равен оценке естественного прироста в реальном населении изучаемой территории в предшествующие переписи годы.

Исходным показателем для расчета модифицированной таблицы смертности служит функция дожития (числа доживающих таблицы смертности): $l^+(x) = l(x) \cdot \exp(-vx)$, где x – возраст, $l(x), l^+(x)$ – исходная и модифицированные функции дожития, v – величина, на которую увеличили силу смертности.

При расчете дожития детей мы используем для смертности мужчин ту же поправку, что к смертности женщин, хотя понимаем, что существовали военные потери. Таблицы смертности для двух полов, необходимые для подсчета числа живых детей, рассчитывали как средневзвешенную по доле полов при рождении из таблиц смертности для женщин и мужчин.

Отметим одно важное свойство модифицированной таблицы смертности. Отношение вероятностей прожить любой возрастной интервал в таблице Новосельского-Паевского и в модифицированной таблице зависит только от длины интервала, т. е. не зависит от возраста начала интервала. Вероятность прожить в модифицированной таблице от возраста x до возраста $x + \gamma$ равна:

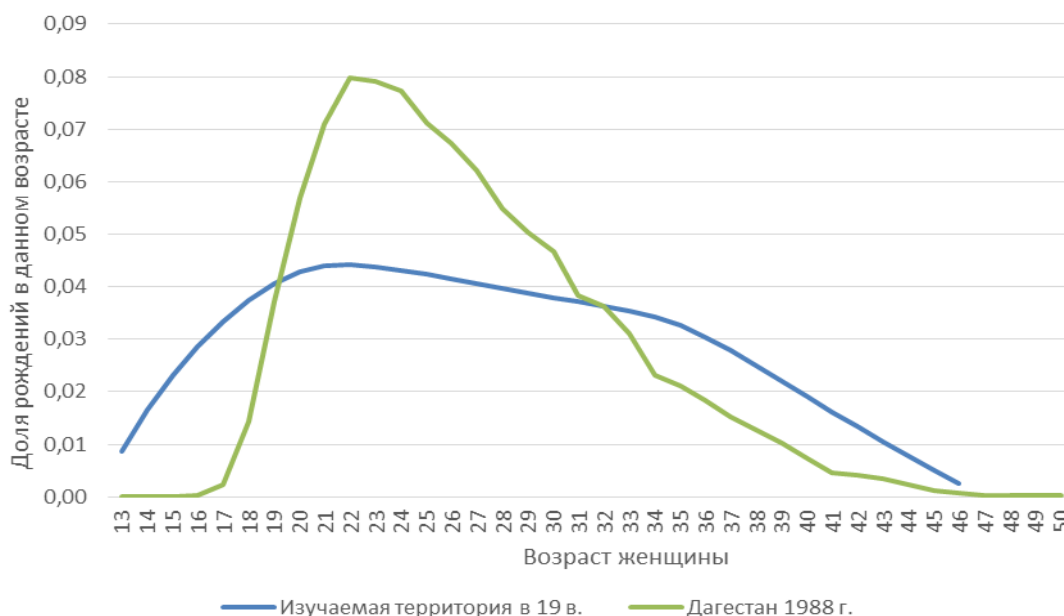
$$l^+(x + \gamma)/l^+(x) = (l(x + \gamma) \cdot \exp(-v(x + \gamma)))/(l(x) \cdot \exp(-vx)),$$

что равняется $\exp(-v\gamma) \cdot (l(x + \gamma)/l(x))$.

Отношение $l(x + \gamma)/l(x)$ есть вероятность дожития согласно исходной таблице.

Образцом для оценки возрастной рождаемости мы взяли коэффициенты рождаемости гуттеритов, которые считаются эталоном неконтролируемой рождаемости (Coale, Watkins 1986). Мы учли, что в России были распространены более ранние браки, чем среди гуттеритов, что подтверждает и то, что начиная с возраста 13 лет показатели смертности женщин в России становились выше, чем мужчин. Поэтому мы «омолодили» кривую на 2 года. С учетом этой поправки мы допустили, что соотношение частоты рождений в разных возрастных группах на изучаемой территории такое же, как в популяции гуттеритов. (Сейчас для нас важна форма кривой, представленной на рисунке 1, а не значения показателей.)

Рисунок 1. Распределение рождений по возрастам, взятое за основу для оценки возрастной рождаемости на изучаемой территории в XIX веке. Для сравнения представлено аналогичное распределение для Республики Дагестан в 1988 г.



Источник: Расчеты автора.

Естественный вопрос: правильно ли взять за основу кривую возрастной рождаемости гуттеритов, а не какую-то другую кривую тоже с высокой рождаемостью, но более коротким репродуктивным периодом. Кривая для Дагестана на рисунке 1 дает представление о том, как могло бы выглядеть альтернативное распределение. (Данные

для Дагестана в 1988 г. – достаточно достоверный пример одного из самых высоких уровней рождаемости в России.)

Уровень рождаемости женщин изучаемой территории на протяжении XIX века был примерно вдвое ниже, чем у гуттеритов, хотя и те, и другие не контролировали рождаемость в браке и на индивидуальном уровне. Мы использовали те же показатели рождаемости, что используются при расчете индексов Коула. Эти показатели относятся к общинам гуттеритов, жившим на севере США в середине XX века. Нет сомнений в том, что здоровье женщин-гуттеритов было существенно лучше, чем жительниц России в XIX веке, а значит, вероятность зачать, выносить и родить живого ребенка была существенно выше. Можно полагать, что интервал между рождениями у россиянок был выше за счет высокой мертворождаемости. Она была вызвана отсутствием грамотной акушерской помощи, а также тем, что дети, умершие на первой неделе жизни, до крещения, считались мертворожденными. Наконец, по всем источникам супруги-гуттериты постоянно живут вместе. На изучаемой территории, особенно в ее центре и на севере, сельские мужчины часто с конца осени до начала весны отправлялись в города на сезонные работы (так называемые, отхожие промыслы). Это повышало благосостояние семьи, но снижало вероятность зачатия. Поэтому выбор кривой с более коротким репродуктивным периодом и более высокой рождаемостью в каждом возрасте был бы ошибкой.

Для оценки брутто-коэффициента рождаемости используется хорошо известное интегральное уравнение воспроизводства, в котором вместо реальных показателей рождаемости задействованы показатели для гуттеритов. В дискретной форме в нашем случае оно выглядит как:

$$\frac{B}{F^H} \sum_{13}^{46} L(x) \cdot \exp(-rx)) \cdot f^H(x) = 1 \quad (2)$$

где $f^H(x)$ – возрастные коэффициенты рождаемости гуттеритов, F^H – им соответствующий коэффициент суммарной рождаемости, B – брутто-коэффициент рождаемости в населении изучаемой территории в XIX веке из этого соотношения определяется однозначно.

Если в равенстве (2) заменить показатели таблицы Новосельского-Паевского на модифицированную таблицу и одновременно r заменить на $r - v$, то равенство сохранится. То есть показатели рождаемости при использовании модифицированной таблицы те же, что и при использовании таблицы Новосельского-Паевского.

Коэффициент суммарной рождаемости населения изучаемой территории F равен брутто-коэффициенту рождаемости, деленному на долю девочек в рождениях. Возрастные коэффициенты рождаемости населения изучаемой территории составят $f(x) = \frac{F}{F^H} f^H(x)$.

Долю девочек и мальчиков в рождениях мы оценили по данным статистики регистрации рождений (Рашин 1956).

Рассчитанные показатели рождаемости и смертности характеризуют воспроизводство населения изучаемой территории в период, предшествовавший переписи населения 1897 г. Теория предполагает, что показатели смертности и рождаемости в точности такие, как мы оценили, и тогда возрастная структура женского населения в точности совпадет с нашей оценкой. В реальности структура населения и показатели смертности только «очень близки» к рассчитанным, причем в отдельные годы показатели могут сильно отличаться. Скорее всего, оцененные нами уровни смертности и

рождаемости в некотором смысле – средние для длительного периода, предшествующего переписи. Но эту гипотезу нельзя проверить, как и уточнить в каком смысле они средние. Мы используем слова «типичное женское поколение», чтобы обозначить поколение женщин с оцененными описанным методом уровнем смертности женщин, рождаемости и смертности рожденных ими детей.

Несколько необходимых комментариев по поводу метода расчета нижеприведенных таблиц 1 и 2.

Для своих расчетов мы взяли из таблиц смертности Новосельского-Паевского (Смертность и продолжительность жизни ... 1930: 122-123) ряды возрастных вероятностей смерти и заново рассчитали все остальные показатели таблиц смертности, так как исходные таблицы содержали связанные с округлением неточности, неизбежные при ручных расчетах, не влияющие на итоговые показатели таблиц, но способные повлиять на выбор параметров стабильного населения. Большинство показателей рассчитаны по стандартным формулам, которые используются при расчете чистых таблиц рождаемости (таблица 1) и с учетом смертности, которые называют комбинированными (таблица 2).

При расчете числа живых детей и детей, чья мать жива или умерла, мы полагаем, что смертность среди детей и матерей – независимые процессы, а смертность детей не зависит от возраста матери и общего числа детей. Оба допущения, скорее всего, не верны, но избежать этих предположений мы не можем.

Для расчета числа живых детей используется взвешенная таблица смертности для двух полов. Число живых детей рассчитывается как сумма чисел проживших соответствующий возрастной интервал чисел детей, рожденных во всех предыдущих возрастах женщины. Точно также рассчитывается число живых детей, чья мать дожила до данного возраста, но при этом учитываются две вероятности дожития для ребенка и для его матери.

То, что дети, умершие на первой неделе жизни, не учитываются ни как родившиеся, ни как умершие, занижает число рожденных детей, что привело к некоторому занижению первого слагаемого в формуле (2). Как мало ни прожили дети, умершие на первой неделе жизни, их недоучет может снизить число живых детей. Но обе эти неточности, по нашей оценке, не могут влиять на конечный результат и не сравнимы по значимости с другими нашими допущениями.

2. Результаты, полученные с помощью модели

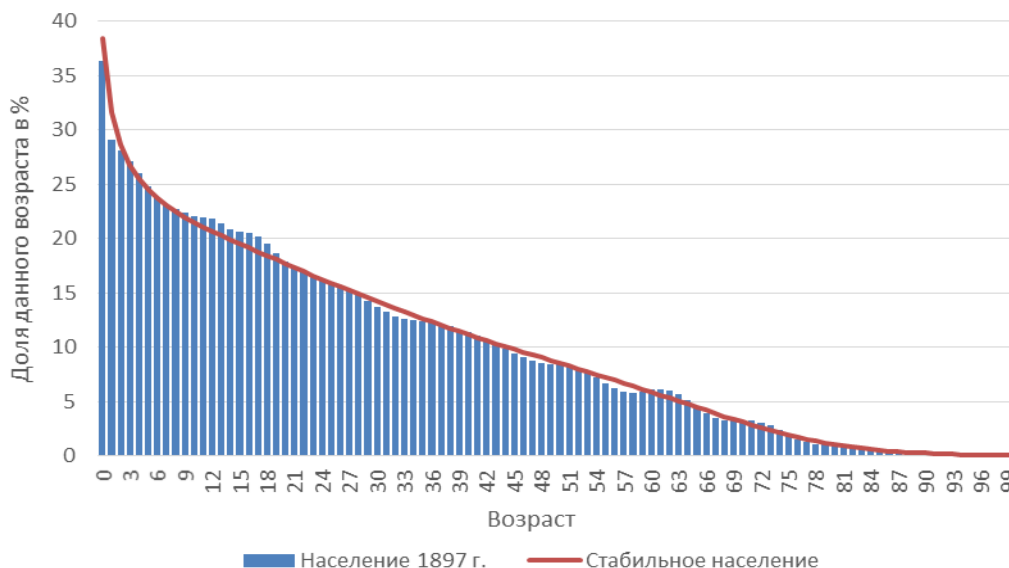
Доля девочек среди новорожденных составила в 1896-1897 гг. 0,489, соответственно мальчиков – 0,511 (Рашин 1956). Обычно мальчиков среди новорожденных несколько больше, чем в приведенном соотношении. Возможно, дело в том, что умершие на первой неделе жизни, среди которых больше умерших мальчиков, чем девочек, в расчетах не участвовали в виду их недоучета регистрацией того времени.

Руководствуясь описанной выше схемой, мы оценили коэффициент естественного прироста стабильного населения, ближайшего к возрастной структуре женского населения изучаемой территории по переписи 1897 г. Он составил 0,014 .

В качестве критерия точности аппроксимации структуры женского населения структурой стабильного населения мы взяли среднее без учета знака относительное

отклонение модели от структуры населения по переписи в возрастах 0-80 лет. Доля населения в возрасте старше 80 лет составляла 0,6% населения. Минимум отклонения равен 0,0505. Рисунок 2 позволяет судить о качестве приближения.

Рисунок 2. Аппроксимация возрастной структуры женщин России с помощью структуры стабильного населения с использованием таблиц смертности 1896-1897 гг.



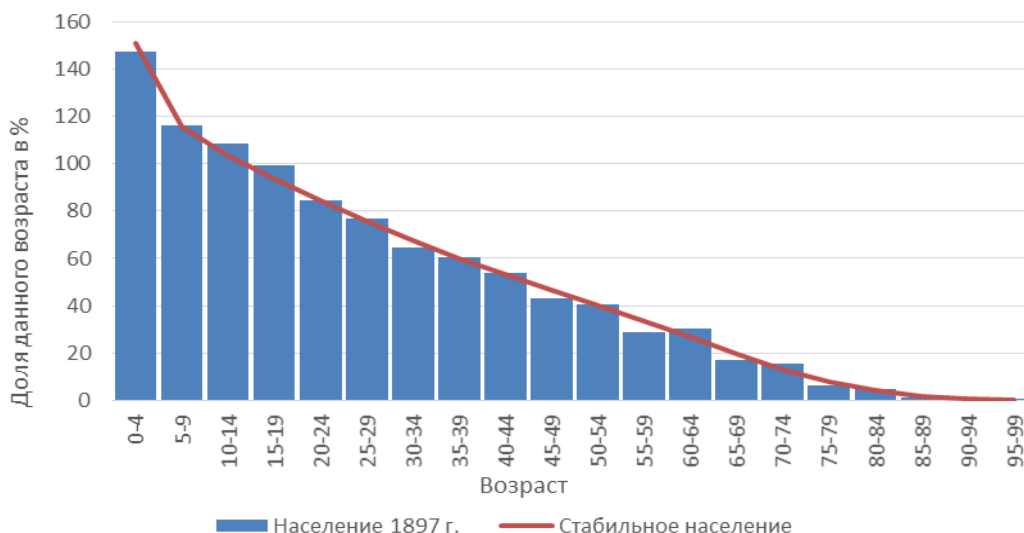
Источник: Расчеты автора.

Поскольку мы сгладили и интерполировали полученную при переписи возрастную структуру, возникает вопрос: не повлияли ли эти операции на результат. Выравнивание и интерполяция данных переписи – обычная в демографии процедура, но чтобы сделать результат более надежным, мы повторили расчет на «сырых» данных (рисунок 3), но по пятилетним группам возраста. Различие между двумя оценками коэффициента естественного прироста стабильного населения по абсолютной величине оказалось меньше 0,00005. Полученный показатель означает весьма быстрый рост, и мы постарались сравнить его с реальными данными о росте населения изучаемой территории. Для этого нужны данные по губерниям, так как изучаемая территория в статистике в XIX веке не выделялась. Данные относятся к 1811, 1838, 1851, 1863, 1885 и 1897 г. (Рашин 1956: 18-49). Отечественная война 1812 г. несомненно влияла на динамику населения, поэтому использовать данные за 1811 г. нельзя. Коэффициент прироста населения изучаемой территории в 1838-1897 гг. составил 0,010. Это существенно меньше, чем дал расчет на основе таблиц смертности Новосельского-Паевского.

Мы решили представить два варианта таблиц рождаемости, учитывающих смертности женщин и их детей. Первый, основанный на таблицах смертности Новосельского-Паевского, второй – на модифицированной таблице смертности, соответствующей показателю естественного прироста населения изучаемой территории, для чего сила смертности во всех возрастах была увеличена на 0,00385. Данное изменение смертности означает, что ожидаемая продолжительность жизни женщин составляла 28,1 года, а не 31,7, как по таблицам Новосельского-Паевского, а мужчин – 26,1, а не 29,4 года. Но, как показано в разделе 1, так как в формуле (2) изменения r и $L(x)$ компенсируют друг

друга, изменение смертности не повлияет на оценки показателей возрастной рождаемости (таблица 1) и коэффициент суммарной рождаемости, который составляет 6,337 рождений на 1 женщину.

Рисунок 3. Аппроксимация возрастной структуры женщин России по пятилетним возрастным группам с помощью структуры стабильного населения с использованием таблиц смертности 1896-1897 гг.



Источник: Расчеты автора.

Таблица 1. Возрастные и накопленные коэффициенты рождаемости женщин типичного поколения без учета смертности

Возраст женщины, лет	Среднее число детей, рожденных в данном возрасте	Среднее число рожденных детей к данному возрасту	Возраст женщины, лет	Среднее число детей, рожденных в данном возрасте	Среднее число рожденных детей к данному возрасту
13	0,055	0,000	31	0,235	4,092
14	0,104	0,055	32	0,230	4,327
15	0,146	0,159	33	0,224	4,557
16	0,180	0,305	34	0,216	4,781
17	0,210	0,486	35	0,206	4,997
18	0,236	0,696	36	0,193	5,203
19	0,257	0,932	37	0,176	5,396
20	0,271	1,189	38	0,158	5,572
21	0,278	1,460	39	0,139	5,729
22	0,280	1,739	40	0,120	5,868
23	0,277	2,018	41	0,102	5,988
24	0,273	2,295	42	0,084	6,091
25	0,268	2,568	43	0,066	6,175
26	0,262	2,836	44	0,048	6,241
27	0,257	3,099	45	0,032	6,290
28	0,251	3,355	46	0,016	6,321
29	0,245	3,606	47		6,337
30	0,240	3,852			

Мы надеемся, что два варианта убедят читателя в том, что наши результаты не очень далеки от реальности.

Рассчитанные показатели рождаемости и два варианта показателей смертности мы отнесем к некоторому, мы назвали его типичным, поколению женщин и к рожденным ими детям, жившим на изучаемой территории в XIX веке. Для краткости мы будем описывать два варианта значением коэффициента естественного прироста стабильного населения $r=0,014$ или $r=0,010$.

Таблица 1 содержит возрастные и накопленные показатели рождаемости в поколении женщин без учета их смертности. В демографии такие показатели называют «чистыми».

По существу, в таблице 1 предполагается, что все женщины дожили от начала до конца репродуктивного периода. В таблице 2 мы учли и смертность женщин и их детей.

Из 1000 вступивших в репродуктивный возраст женщин до его конца доживает в варианте $r=0,014$ 740, а в варианте $r=0,010$ 649. К этому возрасту они родили 5722 и 5418 детей соответственно. В отсутствии смертности женщин число рождений составило бы 6337 рождений, т. е. смертность в репродуктивный период сокращает число рождений на 10 или 15%. Как следует из таблицы 2, к концу репродуктивного периода в живых оставалось в зависимости от выбранного варианта 42 или 45% рожденных детей.

Таблица 2. Уменьшение с возрастом типичного женского поколения, живущего на изучаемой территории в XIX веке, число рожденных и живых детей и детей, у которых мать не дожила до данного возраста. Два варианта расчета в зависимости от коэффициента естественного прироста

Возраст женщины, лет	Число доживших женщин	Число детей,		Из них дожили до данного возраста матери	В том числе мать которых	
		рожденных в этом возрасту	рожденных к данному возрасту		дожила до данного возраста	умерла до данного возраста
Коэффициента естественного прироста стабильного населения $r=0,014$						
13	1000	55				
14	995	104	55	44	44	0
15	990	144	158	119	119	0
16	985	177	302	217	216	1
17	980	206	480	332	329	2
18	975	230	685	459	455	4
19	969	248	915	597	590	7
20	963	260	1163	742	731	10
21	956	265	1423	889	874	15
22	949	265	1689	1035	1014	21
23	942	260	1953	1176	1148	28
24	935	254	2213	1312	1276	36
25	928	248	2468	1441	1396	45
26	921	241	2715	1565	1509	55
27	913	233	2956	1683	1617	66
28	906	226	3189	1796	1718	78
29	898	219	3416	1905	1814	91
30	890	213	3635	2009	1903	105
31	882	206	3848	2109	1988	121

Возраст женщины, лет	Число доживших женщин	Число детей,		Из них дожили до данного возраста матери	В том числе мать которых	
		рожденных в этом возрасте	рожденных к данному возрасту		дожила до данного возраста	умерла до данного возраста
32	874	200	4054	2205	2068	137
33	866	193	4254	2297	2142	155
34	858	185	4447	2385	2211	174
35	850	174	4632	2468	2274	193
36	841	161	4806	2543	2329	214
37	833	146	4968	2610	2375	235
38	824	129	5113	2667	2409	257
39	815	112	5242	2713	2432	280
40	806	97	5355	2749	2445	305
41	797	81	5451	2776	2447	329
42	788	66	5533	2795	2440	355
43	778	51	5599	2805	2424	381
44	769	37	5650	2806	2400	407
45	759	24	5687	2800	2367	433
46	750	12	5711	2787	2328	459
47	740		5722	2767	2282	485
Коэффициента естественного прироста стабильного населения $r=0,010$						
13	1000	55				
14	991	103	55	44	44	0
15	983	143	158	118	118	1
16	974	175	300	215	213	2
17	965	202	475	327	322	4
18	956	225	677	450	443	7
19	947	242	902	584	572	11
20	937	253	1144	722	705	17
21	927	257	1397	863	839	24
22	917	255	1654	1000	968	32
23	907	250	1909	1132	1090	42
24	896	243	2159	1257	1204	54
25	886	236	2402	1376	1310	66
26	876	228	2638	1488	1409	80
27	865	221	2866	1595	1500	94
28	855	213	3087	1695	1585	110
29	845	206	3300	1791	1664	127
30	834	199	3506	1882	1736	146
31	823	192	3705	1968	1803	165
32	813	186	3897	2050	1864	186
33	802	178	4083	2127	1920	207
34	791	170	4261	2200	1970	230
35	781	160	4432	2267	2014	253
36	770	147	4591	2328	2051	277
37	759	133	4739	2380	2078	302
38	748	117	4871	2422	2095	327
39	738	102	4988	2455	2102	353
40	727	87	5090	2478	2099	379
41	716	73	5177	2493	2087	406
42	704	59	5250	2500	2067	433
43	693	46	5308	2499	2039	459
44	682	33	5354	2491	2005	486
45	671	21	5387	2476	1963	512
46	660	10	5408	2455	1917	538
47	649		5418	2428	1864	564

Для удобства анализа мы собрали средние числа живых детей для двух вариантов в одну таблицу 3.

Таблица 3. Среднее число рожденных к данному возрасту и доживших до данного возраста детей женщины в расчете на 1 женщину, дожившую до данного возраста

Возраст женщины, лет	Всего		Из них мать дожила до данного возраста		Мать не дожила до данного возраста	
	$r=0,014$	$r=0,010$	$r=0,014$	$r=0,010$	$r=0,014$	$r=0,010$
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
14	0,04	0,04	0,04	0,04	0,00	0,00
15	0,12	0,12	0,12	0,12	0,00	0,00
16	0,22	0,22	0,22	0,22	0,00	0,00
17	0,34	0,34	0,34	0,33	0,00	0,00
18	0,47	0,47	0,47	0,46	0,00	0,01
19	0,62	0,62	0,61	0,60	0,01	0,01
20	0,77	0,77	0,76	0,75	0,01	0,02
21	0,93	0,93	0,91	0,90	0,02	0,03
22	1,09	1,09	1,07	1,06	0,02	0,04
23	1,25	1,25	1,22	1,20	0,03	0,05
24	1,40	1,40	1,36	1,34	0,04	0,06
25	1,55	1,55	1,50	1,48	0,05	0,07
26	1,70	1,70	1,64	1,61	0,06	0,09
27	1,84	1,84	1,77	1,73	0,07	0,11
28	1,98	1,98	1,90	1,85	0,09	0,13
29	2,12	2,12	2,02	1,97	0,10	0,15
30	2,26	2,26	2,14	2,08	0,12	0,17
31	2,39	2,39	2,25	2,19	0,14	0,20
32	2,52	2,52	2,36	2,29	0,16	0,23
33	2,65	2,65	2,47	2,39	0,18	0,26
34	2,78	2,78	2,58	2,49	0,20	0,29
35	2,90	2,90	2,68	2,58	0,23	0,32
36	3,02	3,02	2,77	2,66	0,25	0,36
37	3,13	3,13	2,85	2,74	0,28	0,40
38	3,24	3,24	2,92	2,80	0,31	0,44
39	3,33	3,33	2,98	2,85	0,34	0,48
40	3,41	3,41	3,03	2,89	0,38	0,52
41	3,48	3,48	3,07	2,92	0,41	0,57
42	3,55	3,55	3,10	2,93	0,45	0,61
43	3,60	3,60	3,11	2,94	0,49	0,66
44	3,65	3,65	3,12	2,94	0,53	0,71
45	3,69	3,69	3,12	2,93	0,57	0,76
46	3,72	3,72	3,11	2,90	0,61	0,82
47	3,74	3,74	3,09	2,87	0,66	0,87

В типичном поколении в некоторый момент времени число живых детей на 1 дожившую до этого момента женщину совпадает для обоих вариантов таблицы смертности (столбцы (1) и (2) таблицы 3). Правильнее было бы сказать «почти совпадает», так как если показать больше десятичных знаков, то различия обнаружатся. Причина этого в свойствах модифицированной таблицы, о котором мы писали в разделе 1. Отношение вероятностей прожить интервал возраста данной длины согласно модифицированной и исходной таблицам для матери и для ее ребенка совпадают. Очень небольшое различие

возникает из-за того, что учитывается дожитие не между точными возрастами, а годичными возрастными интервалами.

В таблице 2 дети, дожившие до данного возраста матери, делятся на две группы: те, чья мать дожила до данного возраста, и те, чья мать умерла до данного возраста. Как видно из таблицы 3, средние числа доживших детей у доживших матерей существенно различаются между вариантами, причем в варианте $r=0,014$ оно систематически больше, чем в варианте $r=0,010$. Для детей, оставшихся без матери, соотношение, естественно, обратное.

Различие между вариантами мало, не более 0,21. В варианте $r=0,010$ среднее число доживших детей у доживших матерей не более 2,94, а для $r=0,014$ оно не более 3,12.

К концу репродуктивного периода у женщин типичного поколения, дети умерших матерей составляют в варианте $r=0,014$ 26% всех доживших до этого момента детей, а в варианте $r=0,010$ 30%. Многие из детей к этому времени уже были совсем взрослыми, но средний возраст ребенка, в котором умирала мать – около 10 лет.

3. Обсуждение результатов

Самый сложный вопрос: достаточно ли близости возрастной структуры женского населения части Российской Империи в границах Европейской части Российской Федерации в 1926 г. с возрастной структурой некоторого стабильного населения для вывода, что население этой территории в XIX веке изменялось по полустабильной модели. Это означает, что колебания уровня смертности равно влияли на все возраста и на скорость роста населения, а его возрастной состав и возрастная рождаемость оставались почти неизменными.

На наш взгляд, предположение о полустабильности гораздо правдоподобнее, чем гипотеза, что сходство – случайное совпадение, просто возникшее в конце века.

Вариант $r=0,010$ лучше согласуется с имеющейся информацией о населении изучаемой территории, чем первоначальный $r=0,014$. Он опирается на реальные показатели роста населения изучаемой территории и учитывает общепризнанный факт, что в конце XIX века смертность населения России начала снижаться, а значит, продолжительность жизни в начале и середине века была ниже.

Трудно смириться с выводом, что продолжительность жизни населения изучаемой территории в XIX веке была меньше 30 лет. Но не надо забывать, что это результат очень высокой смертности детей, которая присуща и таблице смертности Новосельского-Паевского, и модифицированной таблице. Ожидаемая продолжительность жизни женщин, доживших до 15 лет, составляет 40,8 года, т. е. 15-летние женщины в среднем проживут до возраста 56 лет; 15-летние мужчины в среднем доживут до 55 лет.

К сожалению, таблицы смертности Новосельского-Паевского – это единственные в XIX веке таблицы смертности по изучаемой территории. Поэтому мы сравнили продолжительность жизни по таблицам Новосельского для 50 губерний за 1896-1897 годы с расчетом Д.И. Борткевича (Смертность и продолжительность жизни ... 1930: 124-125) за 1874-1883 гг. Оказалось, что ожидаемая продолжительность жизни в период таблиц была на 4,4 и 5,1 года меньше соответственно для женщин и мужчин, чем в 1896-1897 гг. На наш взгляд, это значит, что оценки продолжительности жизни, соответствующие $r=0,010$, вполне правдоподобны.

До конца репродуктивного периода материнского поколения доживало 59% рожденных детей, но только у 45% до этого момента также доживала мать ребенка. У 14% детей мать не дожила до 47 лет. Так, у 32% детей мать умерла, когда им было 13 и более лет, но у 30% это случилось до 5 лет. Представляется, что частота, с какой персонажи мачеха и падчерица встречаются в сказках, даже ниже, чем они встречались в реальной жизни.

Наша оценка коэффициента суммарной рождаемости (КСР) ниже известной оценки Р. Кучинского (Kuczynski 1931), согласно которой КСР в Европейской части Российской Империи в 1896-1897 гг. составил 7,06.

С.В. Захаров оценил коэффициент суммарной рождаемости российских когорт, среди которых когорты 1840-1873 годов рождения могут претендовать на роль типичной когорты в нашем толковании. Средний для них коэффициент суммарной рождаемости составил 7,03 (Захаров 2023).

Мы склонны подозревать, что причина различий – в выборе изучаемой территории. В статье Захарова, как и в предшествующих его работах (Захаров 2003; Вишневский 2005) речь идет о всей территории Российской Федерации в границах 1991 г. Оценки Кучинского относятся к более позднему периоду. Мы склонны полагать, что здоровье женщин в XIX веке в западных губерниях было лучше, чем в восточных, о чем говорят и различия в ожидаемой продолжительности жизни. В условиях неконтролируемой рождаемости это весьма важный фактор. По этой же причине в западных губерниях была ниже мертворождаемость. Три обстоятельства могли вызвать существующее различие показателей.

Как мы уже обсудили раньше, структура стабильного населения не определяет однозначно ни коэффициент естественного прироста, ни возрастные коэффициенты смертности, но только устанавливает связь между ними. В отличие от указанных характеристик, после выбора формы возрастной кривой рождаемости КСР однозначно определяется структурой стабильного населения. И он не зависит от коэффициента естественного прироста и возрастных коэффициентов смертности.

При этом КСР существенно зависит от формы возрастной кривой рождаемости, в частности от среднего возраста матери при рождении ребенка. Возникает вопрос: не занизили ли мы своим выбором формы кривой значение КСР и вообще число живых детей.

Мы выбрали кривую рождаемости с весьма длинным репродуктивным интервалом. Но не трудно проверить, что если бы интервал был более коротким за счет сдвига рождений к молодым возрастам, то равенство (2) можно было достигнуть при меньшем числе рождений в поколении. Скорее, своим выбором мы могли завысить число рождений.

По нашим расчетам, в типичном женском поколении в любом возрасте среднее число детей у женщины, ею рожденных и доживших до этого возраста, не превосходило трех. Это среднее число, значит, были женщины и с большим, и с меньшим числом детей. Мы не пытались моделировать распределение женщин по числу рожденных и живых детей, так как у нас нет для этого ни реальных данных, ни примеров распределений при условии настолько высокой смертности.

В условиях высокой материнской смертности модель должна была бы учитывать связь между частотой рождения у женщины и вероятностью смерти.

Бесплодие способствовало сохранению жизни женщины. Высокая женская смертность нередко приводила к тому, что в домохозяйстве одновременно присутствовали дети главы дома от разных жен и, может быть, приемные дети умерших родственников. Представляется, что в данных статистики XIX века и других публикациях дети связывались с домохозяйством, а не с родившей их женщиной. Возможно, это обстоятельство способствовало появлению представления о распространенности многодетной семьи, где «семеро по лавкам».

Заключение

Объектом нашего изучения стало воспроизводство населения тех восточных губерний Европейской части Российской Империи, которые позже вошли в состав РСФСР. Мы пользовались таблицами смертности, рассчитанными для этой территории в конце 1920-х годов, которые показали, что в конце XIX века смертность населения изучаемой территории была выше, чем всего населения Европейской части Российской Империи.

Пользуясь методами, выработанными в середине XX века для получения информации о населении новых независимых государств – бывших колоний, опираясь на результаты первой российской переписи 1897 г., мы попытались оценить уровень рождаемости и смертности населения изучаемой территории в начале и середине XIX века.

По нашим оценкам, в середине XIX века ожидаемая продолжительность жизни населения изучаемой территории была 26-28 лет. Не смотря на отсутствие какого-либо регулирования рождаемости, среднее число рожденных детей составляло 6,33, что в таких условиях весьма низкий показатель. Это могло быть связано с высокой мертворождаемостью, состоянием здоровья женщин, а также соотношением полов в сельском населении в результате миграции мужчин.

Среднее число живых детей у женщины на протяжении репродуктивного периода не превосходило трех. Своим анализом мы еще раз подтвердили неоднократно высказанное А.Г. Вишневским положение, что в XIX веке женщины Европейской части Российской Империи часто рожали, но редко имели много детей.

Литература

Вишневский А.Г. (Ред.) (2005). *Демографическая модернизация России: 1900-2000*. Москва: Новое издательство.

Захаров С.В. (2003). Демографический переход и воспроизводство поколений в России. *Вопросы статистики*, 11, 3-12.

Захаров С.В. (2023). История рождаемости в России: от поколения к поколению. *Демографическое обозрение*, 10(1), 4-43.
<https://doi.org/10.17323/demreview.v10i1.17259>

Новосельский С.А. (1916). *Смертность и продолжительность жизни в России*. Петроград: Типография Министерства внутренних дел.

Первая Всеобщая перепись населения Российской империи 1897 года (1905). ТТ.1-50. 1899-1905 (Итоги по губерниям Европейской России). СПб.

Рашин А.Г. (1956). *Население России за 100 лет*. М.: Госстатиздат.

Смертность и продолжительность жизни населения СССР 1926-1927 (Таблицы смертности) (1930). Москва-Ленинград.

Coale A., Demeny P. (1966). *Regional model life tables and stable population*. Princeton.

Coale A., Watkins S. (1986). *The decline of fertility in Europe*. Princeton (New Jersey), Princeton University Press.

Kuczynski R.R. (1931). *The Balance of Births and Deaths*. Vol. II. Eastern and Southern Europe. Washington D.C. The Brookings Institution.

United Nations (1968). *The concept of a stable populations. Application to the study of populations of countries with incomplete demographic statistics*. New York

Неудовлетворённые потребности в медицинской помощи у населения России: результаты Мониторинга общественного здоровья в 2022 г.

Арсен Паатович Давитадзе
(davitadzeap@gmail.com), ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Россия.

Татьяна Игоревна Родионова
(rodionovatatiana97@gmail.com), ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Россия.

Алина Ришатовна Хабибуллина
(akhabibullina@hse.ru), ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Россия.

Екатерина Александровна Александрова
(eaaleksandrova@yahoo.com), ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Россия.

Unmet needs for health care in Russia: findings from the 2022 Public health monitoring survey

Arsen Davitadze
(davitadzeap@gmail.com), First Moscow State Medical University (Sechenov University), Russia.

Tatiana Rodionova
(rodionovatatiana97@gmail.com), First Moscow State Medical University (Sechenov University), Russia.

Alina Khabibullina
(akhabibullina@hse.ru), First Moscow State Medical University (Sechenov University), Russia.

Ekaterina Aleksandrova
(eaaleksandrova@yahoo.com), First Moscow State Medical University (Sechenov University), Russia.

Резюме: Под «неудовлетворёнными потребностями в медицинской помощи» понимают ситуации, в которых индивиды осознают потребность в получении медицинских услуг, но в итоге не получают их. Подобные неудовлетворённые потребности (НП) часто встречаются в современных системах здравоохранения и с разной частотой возникают у разных групп населения. Данное исследование впервые изучает проблему НП в медицинской помощи на российских данных, рассматривая их распространённость среди разных групп населения с помощью поведенческой модели Андерсена и учитывая различные барьеры для получения медицинской помощи. Данные «Национального мониторинга общественного здоровья» показали, что каждый второй россиянин (52,4%) сталкивался с неудовлетворёнными потребностями в медицинской помощи в 2022 г. Чаще такие НП возникали у женщин, молодых, имеющих проблемы со здоровьем и людей с высшим образованием. В отличие от других стран, для России различия в распространённости НП у групп индивидов с разными социально-экономическими статусами не обнаружены. Респонденты связывали свои НП преимущественно с барьером принятия медицинской помощи (37%), т. е. с их отношением к своему здоровью и системе здравоохранения, а также личными ситуациями, которые препятствовали обращениям за помощью. В полтора раза реже встречались НП в связи с барьером удобства получения помощи (23,4%), а в два раза реже – в связи с барьером недостаточной доступности медицинской помощи (19,4%). Трансформация отношения россиян к собственному здоровью, помимо развития доступности и удобства получения медицинской помощи, может способствовать снижению распространённости НП.

Ключевые слова: медицинская помощь, неудовлетворённые потребности, поведение пациентов, барьеры, модель Андерсена, Национальный мониторинг общественного здоровья, логистическая регрессия.

Финансирование: Исследование выполнено в рамках реализации стратегического проекта «Сеть развития лучших практик в медицине, науке и образовании» программы стратегического академического лидерства «Приоритет-2030».

Для цитирования: Давитадзе А.П., Родионова Т.И., Хабибуллина А.Р., & Александрова Е.А. (2024). Неудовлетворённые потребности в медицинской помощи у населения России: результаты Мониторинга общественного здоровья в 2022 г. Демографическое обозрение, 11(1), 20-36. <https://doi.org/10.17323/demreview.v11i1.20930>

Abstract: Unmet needs for health care (or unmet health care needs) refer to situations when people realize their need for health care services but ultimately do not receive them. Unmet needs are common in modern health care systems

and vary in their prevalence in different groups of populations. This study examines the problem of unmet health care needs in Russia, taking into account differences in their prevalence among different population groups with Andersen's behavioral model of health care utilization and considering various barriers that prevent people from receiving health care. Russian National Health Telephone Survey data show that one in two Russians (52.4%) faced unmet needs for health care in 2022. Unmet needs were more common among women, young people, respondents with illnesses and other health problems, as well as people with higher education. Unlike other countries, Russia displays no differences in prevalence of unmet needs in different socio-economic groups. Respondents associated their unmet needs mostly with the acceptability barrier (37%), i.e., with their health-related attitudes and personal situations that prevented them from seeking help. Barriers of availability and acceptability were mentioned less frequently: 23.4% and 19.4% of respondents attributed their unmet needs to such problems. Transforming people's attitudes towards their own health, in addition to facilitating accessibility of health care provision, can potentially help reduce the prevalence of unmet health care needs in Russia.

Keywords: health care, unmet needs, patient behavior, barriers, Andersen model, National public health monitoring survey, logistic regression.

Funding: The study was funded by the State Strategic Academic Leadership Program «Priority-2030».

For citation: Davitadze A., Rodionova T., Khabibullina A., & Aleksandrova E. (2024). Unmet needs for health care in Russia: findings from the 2022 Public health monitoring survey. *Demographic Review*, 11(1), 20-36. <https://doi.org/10.17323/demreview.v11i1.20930>

Введение

Неудовлетворённые потребности (НП) в медицинской помощи возникают, когда у индивидов появляется необходимость в получении медицинских услуг, но в итоге они не получают их. Наличие у населения таких потребностей указывает на существование разницы между услугами, которые считаются необходимыми для надлежащего решения проблем со здоровьем, и фактически получаемыми (Carr, Wolfe 1976). Наличие подобных НП связано с ухудшением здоровья и качества жизни, повышением риска смертности и наличием проблем психического и психосоматического характера среди пациентов (McCarberg et al. 2008; Rahman et al. 2022; Westin et al. 2004). Измерение распространённости НП в медицинской помощи позволяет проводить мониторинг доступности услуг системы здравоохранения, а также отслеживать степень неравенства в доступе и использовании медицинской помощи среди различных групп населения (Allin, Masseria 2009).

НП в медицинской помощи могут возникать вследствие трёх категорий «барьеров» или групп причин, которые препятствуют получению услуг (Chen, Hou 2002). Первая категория – это «барьеры удобства» (accessibility). Она объединяет две основные причины, по которым люди могут не получать медицинскую помощь: ввиду необходимости нести затраты на медицинские услуги и ввиду удалённости места предоставления услуг от индивидов. Вторая категория носит название «барьеры доступности» (availability) и подразумевает под собой проблемы, связанные со своевременным предоставлением медицинских услуг. Например, из-за отсутствия врача в больнице или неудобных часов работы медицинского персонала у индивидов могут возникать НП. Третья категория – это «барьеры принятия» (acceptability). В нее может быть включен широкий спектр индивидуальных ситуаций потребителей услуг, по которым им не удалось получить необходимую медицинскую помощь. Высокая занятость на работе или по уходу за детьми может выступать в качестве примера такого барьера. Также к этой категории можно отнести причины неполучения медицинской помощи, связанные с отношением индивидов к собственному здоровью и системе здравоохранения (health-related attitudes).

НП в медицинской помощи должны встречаться редко в странах с общедоступной системой здравоохранения, поддерживаемой государством, независимо от того, с каким барьером они связаны (Bryant, Leaver, Dunn 2009). Согласно результатам обследований доходов и условий жизни Европейского союза (EU Statistics on Income and Living Conditions survey (EU-SILC)) для 2012, 2014, 2016, 2018 и 2020 г., в большинстве европейских стран распространённость НП в медицинской помощи не превышала 5% (OECD/European Union 2014; 2016; 2018; 2020; 2022). В то же время в таких европейских странах, как Сербия, Греция, Латвия, Швеция и Эстония доли людей с неудовлетворёнными потребностями в медицинской помощи достигали 10-18% (Chaupain-Guillot, Guillot 2014; Lindström, Rosvall, Lindström 2017; Popovic et al. 2017). В этом же интервале находятся доли распространённости НП для Канады – 12-13% (Sanmartin et al. 2002; Bryant, Leaver, Dunn 2009).

Помимо оценок распространённости НП в медицинской помощи у всего населения, данные исследования дают представление о различиях в их распространённости среди групп населения. При подборе характеристик, разделяющих население на группы, исследователи ориентируются на поведенческую модель Андерсена (Andersen 1995).

Согласно этой теоретической модели, поведение индивидов в системе здравоохранения объясняется тремя группами факторов: 1) предрасполагающими факторами (пол, возраст, уровень образования и другие социально-демографические характеристики, а также отношение к здоровью); 2) факторами возможности получить медицинскую помощь (уровни доходов индивидов, их медицинское страхование); 3) факторами потребности в медицинских услугах (состояние здоровья индивида, заболевания, инвалидность и др.). Для перечисленных выше стран с помощью модели Андерсена были найдены следующие тенденции: чаще НП в медицинской помощи встречаются среди женщин, чем среди мужчин (Lindström, Rosvall, Lindström 2018); с возрастом вероятность иметь НП снижается (Porovic et al. 2017); НП чаще возникают у лиц с более низким социально-экономическим статусом, чем с более высоким (Molarius et al. 2014; Lindström, Rosvall, Lindström 2017); у индивидов, имеющих проблемы со здоровьем, выше вероятность иметь НП в медицинской помощи (Nelson, Park 2006; Parra et al. 2013). Данные тенденции отражают потенциально существующие неравенства в доступе к медицинской помощи и её использовании, с которыми встречается система здравоохранения (Connolly, Wren 2017).

В России НП в медицинской помощи среди населения измеряются в рамках «Комплексного наблюдения условий жизни населения» Росстата (Панова 2019; Федеральная служба государственной ... 2023). Результаты первого года этого наблюдения (2011 г.) показали самую высокую долю распространённости НП среди населения – 42,7%, а последующие реализации наблюдения показывали более низкие показатели: согласно последнему актуальному на момент данного исследования наблюдению (2022 г.), эта доля уже в два раза меньше – 22,1%. Нам не удалось найти объяснения данному тренду снижения распространённости НП в медицинской помощи в России. Также нам не удалось найти недавние исследования, которые рассматривали бы проблему НП на различных группах россиян. Последняя известная авторам попытка изучить распространённость «отказов от обращения за медицинской помощью в случае заболевания» среди различных групп населения РФ была предпринята на данных репрезентативного опроса 2010 г. в 39 регионах (Малышев, Варламова 2013). Исследователи обнаружили, что представители мужского пола, молодёжи и бедных слоёв населения чаще сообщали о таком поведении.

Цель настоящего исследования – изучить распространённость НП в медицинской помощи среди россиян в целом и на отдельных группах российского населения. В рамках исследования мы впервые руководствуемся описанными выше, широко используемыми теоретическими инструментами изучения НП в медицинской помощи на российских данных: тремя категориями барьеров получения медицинской помощи и поведенческой моделью Андерсена.

Данные и методы

В исследовании были использованы данные телефонного опроса «Национальный мониторинг общественного здоровья», проведённого в 2022 году («МОЗ-2022») (Междисциплинарный центр исследований... 2022). В МОЗ-2022 приняли участие 2150 респондентов в возрасте от 18 до 90 лет. Полученная выборка репрезентативна для взрослого населения России по полу, возрасту, региону проживания и типу населённого пункта.

В заключительном разделе МОЗ-2022 респондентов просили ответить на вопрос: «за последние 12 месяцев хотели ли вы сходить к врачу, но по каким-то причинам этого не

сделали?». Положительные ответы сигнализировали о наличии НП в медицинской помощи за последние 12 месяцев. Далее давших такой ответ просили выбрать из 8 вариантов причины, которыми они руководствовались при принятии решения не обращаться за медицинской помощью. Респонденты могли выбрать несколько подходящих вариантов из следующего списка: из-за несерьёзности или несрочности медицинской проблемы; из-за того, что хотели вылечиться без помощи врачей; из-за слишком дорогих услуг; из-за того, что невозможно было получить помощь рядом с домом; из-за нехватки времени; из-за страхов (лечения, врачей, больниц); из-за отсутствия доверия к врачам; по другим причинам. В случае выбора последнего варианта респондентов просили кратко описать, по каким именно причинам они решали не обращаться за медицинской помощью.

В заключительном разделе МОЗ-2022 респондентов также просили сообщить, обращались ли они за помощью в медицинские организации за последние 12 месяцев, и уточнить, в какие организации они обращались (государственные и/или частные). Одним из вопросов, которые задавали тем, кто обращался за помощью в медицинские организации, был: «подумайте, пожалуйста, обо всех государственных (частных) медицинских организациях, в которые вы обращались за последние 12 месяцев; бывало ли, что вам не оказывали услуги, за которыми вы туда приходили?». Ответивших положительно просили выбрать из 5 вариантов причины, в связи с которыми им не удалось получить необходимую медицинскую помощь. Участники опроса могли выбрать несколько подходящих вариантов из такого списка: оказалось, что нужные услуги не оказываются там, куда обратились; нужно было слишком долго сидеть в очереди; не было записи на удобное время; не было записи именно к тому врачу, к которому хотели попасть; другие причины. В случае выбора последнего варианта ответа респондентов просили кратко описать ситуацию, с которой они столкнулись.

Таблица 1. Соотнесение причин возникновения неудовлетворённых потребностей в медицинской помощи по категориям барьеров

Категории барьеров	Причины возникновения неудовлетворённых потребностей
Удобство (accessibility)	Из-за слишком дорогих услуг; из-за того, что невозможно было получить эту помощь рядом с домом
Доступность (availability)	Оказалось, что нужные вам услуги не оказываются там, куда вы обратились; нужно было слишком долго сидеть в очереди; не было записи на удобное вам время; не было записи именно к тому врачу, к которому вы хотели попасть
Принятие (acceptability)	Из-за несерьёзности или несрочности вашей медицинской проблемы; из-за того, что вы хотели вылечиться без помощи врачей; из-за нехватки времени; из-за страхов (лечения, врачей, больниц); из-за отсутствия доверия к врачам

Таким образом, наличие у опрашиваемых неудовлетворённых медицинских потребностей определяли с помощью их ответов на три вопроса, связанных с: 1) желанием посетить врача и дальнейшем его непосещении; 2) неоказанием помощи в государственной медицинской организации при обращении; 3) неоказанием помощи в частной медицинской организации при обращении. Если респондент давал положительный ответ на какой-либо из перечисленных трёх вопросов, для него/неё отмечалось наличие неудовлетворённых медицинских потребностей. Причины, которые были выбраны при ответах на уточняющие вопросы, соотносили с категориями барьеров к получению медицинской помощи из описанной ранее теоретической концепции (таблица 1). Исследователи также изучили уточнения, записанные интервьюерами со слов

респондентов, выбравших ответы «по другим причинам» («другие причины»), и соотнесли их с тремя категориями барьеров.

Далее в работе будет рассмотрена распространённость НП в медицинской помощи в целом и отдельно по категориям барьеров. Статистические тесты (тест хи-квадрат Пирсона или t-критерий Стьюдента) позволяют определить значимость различий распространённости НП между разными группами населения. Характеристики, по которым респонденты разбиваются на группы, выбраны на основе модели Андерсена. Логистический регрессионный анализ дополняет исследование, определяя, какие из характеристик респондентов являются статистически значимыми детерминантами возникновения НП в медицинской помощи при прочих равных.

Результаты

Большинство респондентов – 52,4% (920 из 1754¹ человек) – сообщили о наличии у них НП в медицинской помощи за последние 12 месяцев. Распространённость НП различается среди мужчин и женщин (44,6 и 59,1% соответственно), а также среди городского и сельского населения (53,6 и 48,5% соответственно), но не имеет статистически значимых различий среди индивидов, различающихся по семейному положению, уровню образования, статусу занятости или размеру населённого пункта проживания (таблица 2). В среднем имели НП более молодые респонденты: средний возраст имевших их составил 43 года, а не имевших – 45,1 года. Также о НП чаще сообщали индивиды с самыми низкими ежемесячными доходами (56,2%), однако наименьшую распространённость НП имели не наиболее обеспеченные индивиды, а респонденты из второй группы по доходам (48,6%). НП оказались более распространёнными среди менее здоровых индивидов. Это подтверждается ответами на вопрос и о самооценке здоровья (74,2% против 48,1%), и о числе хронических заболеваний (59,9 и 59,2% против 44,3%), а также результатами более комплексных оценок с помощью опросных инструментов EQ-5D-3L² и WG-SS³ (63,6% против 37,0% и 69,9% против 50,4% соответственно).

НП в медицинской помощи, связанные с барьером принятия, встречались у каждого третьего респондента (у 37,0% респондентов). Каждый четвёртый опрошенный (23,4%) сообщил о наличии НП в медицинской помощи, которые возникали из-за барьеров удобства её получения. Почти каждый пятый респондент (19,4%) имел НП в медицинской помощи из-за проблем с доступностью её получения.

¹ Количество наблюдений снизилось с 2150 до 1754 человек из-за пропущенных значений по некоторым переменным.

² Опросник EQ-5D-3L – анкета о субъективных ощущениях физического и психического здоровья человека. Она учитывает пять компонентов состояния здоровья: подвижность, уход за собой, обычная деятельность, боль/дискомфорт, тревога/депрессия. Для каждого компонента участников исследования просят выбрать один из трёх уровней выраженности их проблем в день прохождения опроса (Александрова, Хабибуллина 2019).

³ Опросник WG-SS – анкета, направленная на выявление лиц с ограниченными возможностями.

Участники исследования оценивают степень сложности выполнения деятельности по шести функциональным областям: зрение, слух, ходьба/подвижность, уход за собой, когнитивные функции и коммуникация. Понятия «функциональная ограниченность» и «инвалидность» используются авторами опросника взаимозаменяемо (Вашингтонская группа по статистике... 2020).

Таблица 2. Распространённость неудовлетворённых потребностей в медицинской помощи

Характеристики респондентов (факторы модели Андерсена)			Имели неудовлетворённые потребности	Результаты статистического теста
Предрасполагающие факторы	Пол	Мужской	44,6%	36,8 (0,00)
		Женский	59,1%	
	Возраст		43,0 (15,7) [45,1 (15,8)]	2,79 (0,00)
	Семейное положение	Не в браке	53,3%	0,37 (0,54)
		В браке	51,7%	
	Уровень образования	Основное или среднее	48,4%	3,22 (0,20)
		Среднее специальное	52,2%	
		Высшее	54,0%	
	Тип населённого пункта	Сельская местность	48,5%	3,30 (0,07)
		Город	53,6%	
	Размер населённого пункта	< 100 тыс. чел.	50,4%	2,53 (0,47)
		100-500 тыс. чел.	54,1%	
		500-1000 тыс. чел.	53,5%	
		> 1000 тыс. чел.	54,5%	
Факторы возможности	Употребление алкоголя	Не употребляют алкоголь	51,8%	0,11 (0,74)
		Употребляют алкоголь	52,7%	
	Курение	Не курят	53,1%	0,57 (0,45)
		Курят	51,2%	
	Статус занятости	Не работают	54,9%	2,48 (0,11)
		Работают	51,0%	
	Ежемесячные доходы	< 20 тыс. руб.	56,2%	7,42 (0,06)
		20-40 тыс. руб.	48,6%	
		40-60 тыс. руб.	51,8%	
		> 60 тыс. руб.	51,8%	
Факторы потребности	Самооценка здоровья	Хорошее или лучше	48,1%	67,3 (0,00)
		Плохое или хуже	74,2%	
	Опросник EQ-5D-3L	Не испытывают трудности	37,0%	121 (0,00)
		Испытывают трудности	63,6%	
	Опросник WG-SS	Нет инвалидности	50,4%	25,0 (0,00)
		Есть инвалидность	69,9%	
	Количество хронических заболеваний	0	44,3%	40,8 (0,00)
		1	59,2%	
		> 1	59,9%	

Источник: Расчёты авторов на основе данных МОЗ-2022.

Примечание: Для возраста указаны среднее значение и стандартное отклонение для группы индивидов с НП, им противопоставляются среднее и стандартное отклонение, указанные в квадратных скобках, для группы индивидов без НП.

Как и в случае распространённости НП в целом, НП в связи с разными категориями барьеров встречаются с разной частотой у разных групп населения (таблица 3). Гендерные различия в распространённости НП не теряют свою актуальность: среди женщин доли опрошенных с неудовлетворёнными потребностями выше, чем среди мужчин (28,1% против 17,7%, 23,5% против 14,5% и 40,7% против 32,5%). Также остаются актуальными различия в распространённости НП у групп индивидов с разными состояниями здоровья. Для других характеристик респондентов, разделяющих их на группы, значимые различия наблюдаются только для отдельных групп причин возникновения НП.

К таким характеристикам относятся ежемесячные доходы (28,9% против 16,9, 20,6 и 20,9%) в случае барьера удобства, курение (16,9% против 20,7%) и статус занятости (18,0% против 21,7%) в случае барьера доступности, употребление алкоголя (39,3% против 31,7%) и статус занятости (38,9% против 33,7%) в случае барьера принятия. Кроме того, о НП из последней категории барьеров в среднем сообщали более молодые респонденты: средний возраст имевших такие НП составил 40,1 года, а не имевших – 45,8 года.

В таблице 4 представлены результаты оценки четырёх регрессий: модель 1 с зависимой переменной наличия каких-либо неудовлетворённых потребностей; модель 2 с зависимой переменной наличия неудовлетворённых потребностей из-за барьера удобства; модель 3 – из-за барьера доступности; модель 4 – из-за барьера принятия. Во всех четырёх моделях удалось определить большую вероятность иметь НП в медицинской помощи у следующих групп населения: женщин; более молодых респондентов; респондентов с высшим образованием; испытывающих трудности, связанные со здоровьем, согласно результатам опросника EQ-5D-3L; имеющих хронические заболевания. Для переменных семейного положения, типа и размера населённого пункта проживания, курения и статуса занятости не найдено достоверных доказательств того, что различия в их значениях связаны с различиями в вероятности иметь НП в медицинской помощи.

Более детальный взгляд на результаты оценки первой модели позволяет отметить взаимосвязь более низкой самооценки здоровья с большей вероятностью иметь НП (отношение шансов (ОШ) 2,39; 95%-ный доверительный интервал (95% ДИ) 1,69-3,38). Аналогичные результаты наблюдаются во второй (ОШ 1,54; 95% ДИ 1,10-2,15) и третьей (ОШ 2,18; 95% ДИ 1,54-3,09) моделях, но не в модели для барьера принятия медицинской помощи (ОШ 1,02; 95% ДИ 0,74-1,41). В то же время в последней модели была найдена взаимосвязь большей вероятности иметь НП и иметь инвалидность (функциональную ограниченность) (ОШ 1,55; 95% ДИ 1,08-2,22), что также подтверждается в модели для барьера удобства получения медицинской помощи (ОШ 1,38; 95% ДИ 0,95-2,00) и не подтверждается в других двух регрессиях. Ещё одним фактором, имеющим статистическую значимость, оказался ежемесячный доход респондента. Согласно результатам первой модели, представители группы с доходами от 20 до 40 тыс. руб. имеют меньшую вероятность сталкиваться с неудовлетворёнными потребностями в медицинской помощи, чем представители наименее обеспеченной группы (ОШ 0,78; 95% ДИ 0,61-1,00), а согласно результатам второй модели, вероятность иметь НП по сравнению с наименее обеспеченной группой населения снижается для каждой последующей группы по доходам (ОШ 0,67; 95% ДИ 0,50-0,88; ОШ 0,71; 95% ДИ 0,48-1,04; ОШ 0,52; 95% ДИ 0,34-0,80).

Таблица 3. Распространённость неудовлетворённых потребностей в медицинской помощи, связанных с различными барьерами

Характеристики респондентов (факторы модели Андерсена)		Имели неудовлетворённые потребности, связанные с барьером удобства	Результаты стат. теста	Имели неудовлетворённые потребности, связанные с барьером доступности	Результаты стат. теста	Имели неудовлетворённые потребности, связанные с барьером принятия	Результаты стат. теста
Предрасполагающие факторы	Пол	Мужской	17,7%	26,4 (0,00)	14,5%	22,3 (0,00)	12,6 (0,00)
		Женский	28,1%		23,5%	40,7%	
	Возраст		43,5 (15,3) [44,1 (15,9)]	0,62 (0,53)	45,2 (15,4) [43,7 (15,8)]	1,57 (0,11)	6,53 (0,00)
	Семейное положение	Не в браке	24,6%	1,21 (0,27)	18,2%	1,49 (0,22)	0,64 (0,42)
		В браке	22,3%		20,5%	36,1%	
	Уровень образования	Основное или среднее	21,7%	0,68 (0,71)	16,0%	4,29 (0,12)	4,18 (0,12)
		Среднее специальное	23,7%		18,7%	35,2%	
		Высшее	23,8%		21,0%	39,1%	
	Тип насел. пункта	Сельская местность	24,2%	0,21 (0,65)	18,8%	0,13 (0,72)	2,04 (0,15)
		Город	23,1%		19,6%	37,9%	
	Размер населённого пункта	< 100 тыс. чел.	24,3%	2,32 (0,51)	20,4%	3,25 (0,35)	1,17 (0,76)
		100-500 тыс. чел.	22,3%		16,1%	37,8%	
		500-1000 тыс. чел.	25,9%		20,8%	38,1%	
		> 1000 тыс. чел.	21,3%		19,9%	38,3%	
	Употребление алкоголя	Не употребляют алкоголь	23,5%	0,01 (0,92)	21,3%	1,66 (0,20)	9,17 (0,00)
		Употребляют алкоголь	23,3%		18,6%	39,3%	
	Курение	Не курят	23,8%	0,46 (0,50)	20,7%	3,65 (0,06)	0,03 (0,86)
		Курят	22,4%		16,9%	37,3%	

Характеристики респондентов (факторы модели Андерсена)			Имели неудовлетворённые потребности, связанные с барьером удобства	Результаты стат. теста	Имели неудовлетворённые потребности, связанные с барьером доступности	Результаты стат. теста	Имели неудовлетворённые потребности, связанные с барьером принятия	Результаты стат. теста
Факторы возможности	Статус	Не работают	25,0%	1,52 (0,22)	21,7%	3,65 (0,06)	33,7%	4,78 (0,03)
	занятости	Работают	22,4%		18,0%		38,9%	
	Ежемесячные	< 20 тыс. руб.	28,9%	20,1 (0,00)	21,8%	5,22 (0,16)	37,0%	2,47 (0,48)
	доходы	20-40 тыс. руб.	20,9%		19,1%		34,8%	
		40-60 тыс. руб.	20,6%		16,1%		38,7%	
		> 60 тыс. руб.	16,9%		16,9%		40,1%	
Факторы потребности	Самооценка	Хорошее или	20,5%	40,4 (0,00)	16,4%	53,2 (0,00)	36,2%	1,98 (0,16)
	здоровья	лучше						
		Плохое или	37,8%		34,9%		40,6%	
		хуже						
	Опросник	Не	13,5%	67,8 (0,00)	11,6%	49,3 (0,00)	27,2%	51,3 (0,00)
	EQ-5D-3L	испытывают						
		трудности	30,5%		25,1%		44,0%	
		Испытывают						
		трудности						
	Опросник	Нет	21,8%	21,0 (0,00)	18,5%	7,51 (0,01)	36,0%	6,03 (0,01)
	WG-SS	инвалидности						
		Есть	37,0%		27,1%		45,3%	
		инвалидность						
	Количество	0	18,3%	26,2 (0,00)	13,8%	32,3 (0,00)	34,4%	5,36 (0,07)
	хронических	1	24,8%		22,7%		40,1%	
	заболеваний	> 1	30,5%		25,8%		37,5%	

Источник: Расчёты авторов на основе данных МОЗ-2022.

Примечание: Для возраста указаны среднее значение и стандартное отклонение для группы индивидов с неудовлетворёнными потребностями, им противопоставляются среднее и стандартное отклонение, указанные в квадратных скобках, для группы индивидов без НП.

Таблица 4. Детерминанты распространённости неудовлетворённых потребностей в медицинской помощи

Характеристики респондентов (факторы модели Андерсена)			Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4
Предрасполагающие факторы	Пол	Мужской	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		Женский	1,63*** [1,31;2,02]	1,56*** [1,21;2,01]	1,52*** [1,15;1,98]	1,47*** [1,18;1,83]
	Возраст		0,97*** [0,96;0,98]	0,98*** [0,97;0,99]	0,99** [0,98;1,00]	0,97*** [0,96;0,98]
	Семейное положение	Не в браке	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		В браке	1,02 [0,83;1,25]	0,89 [0,70;1,12]	1,17 [0,91;1,51]	0,98 [0,79;1,20]
	Уровень образования	Основное или среднее	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		Среднее специальное	1,20 [0,88;1,63]	1,08 [0,75;1,53]	1,11 [0,75;1,63]	1,14 [0,83;1,55]
		Высшее	1,43** [1,08;1,92]	1,37* [0,98;1,91]	1,53** [1,07;2,22]	1,30* [0,98;1,75]
	Тип населённого пункта	Сельская местность	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		Город	1,17 [0,86;1,58]	1,01 [0,72;1,44]	1,26 [0,87;1,82]	1,09 [0,80;1,49]
	Размер населённого пункта	< 100 тыс. чел.	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		100-500 тыс. чел.	1,09 [0,79;1,49]	0,89 [0,62;1,27]	0,67** [0,45;0,99]	0,99 [0,72;1,36]
		500-1000 тыс. чел.	0,96 [0,66;1,39]	1,06 [0,70;1,61]	0,95 [0,61;1,47]	0,86 [0,59;1,25]
		> 1000 тыс. чел.	1,03 [0,75;1,40]	0,84 [0,59;1,21]	0,86 [0,59;1,25]	0,89 [0,65;1,22]
	Употребление алкоголя	Не употребляют алкоголь	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		Употребляют алкоголь	1,13 [0,90;1,43]	1,12 [0,86;1,46]	0,94 [0,72;1,25]	1,34** [1,07;1,70]
	Курение	Не курят	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		Курят	0,97 [0,77;1,21]	0,99 [0,76;1,28]	0,91 [0,69;1,22]	0,95 [0,76;1,19]
Факторы возможности	Статус занятости	Не работают	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		Работают	0,96 [0,76;1,22]	1,12 [0,86;1,47]	0,98 [0,74;1,31]	1,17 [0,93;1,49]
	Ежемесячные доходы	< 20 тыс. руб.	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		20-40 тыс. руб.	0,78* [0,61;1,00]	0,67*** [0,50;0,88]	0,95 [0,71;1,30]	0,84 [0,66;1,09]
		40-60 тыс. руб.	0,92 [0,66;1,29]	0,71* [0,48;1,04]	0,86 [0,57;1,34]	0,94 [0,67;1,32]
		> 60 тыс. руб.	0,91 [0,64;1,30]	0,52*** [0,34;0,80]	0,89 [0,58;1,41]	0,92 [0,65;1,32]
Факторы потребности	Самооценка здоровья	Хорошее или лучше	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		Плохое или хуже	2,40*** [1,69;3,39]	1,54** [1,10;2,15]	2,19*** [1,54;3,09]	1,02 [0,74;1,41]
	Опросник EQ-5D-3L	Не испытывают трудности	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		Испытывают трудности	2,32*** [1,86;2,88]	2,19*** [1,67;2,89]	1,84*** [1,37;2,48]	2,13*** [1,70;2,68]
	Опросник WG-SS	Нет инвалидности	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		Есть инвалидность	1,36 [0,93;2,00]	1,38* [0,95;2,00]	0,88 [0,59;1,33]	1,54** [1,08;2,22]
	Количество хронических заболеваний	0	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]	1,00 [1,00;1,00]
		1	1,73*** [1,34;2,23]	1,30* [0,97;1,74]	1,65*** [1,21;2,26]	1,30** [1,01;1,68]
		> 1	1,55*** [1,17;2,08]	1,61*** [1,17;2,22]	1,52** [1,08;2,15]	1,35** [1,01;1,81]

Характеристики респондентов (факторы модели Андерсена)	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4
Константа	0.89 [0,52;152]	0.26*** [0,14;0,49]	0,11*** [0,05;0,22]	0,64 [0,37;1,10]
Наблюдения	1754	1742	1744	1742
Псевдо R ²	0,101	0,074	0,066	0,066

Источник: Расчёты авторов на основе данных МОЗ-2022.

Примечание: Оценки моделей указаны как отношения шансов (ОШ) с 95% -ными доверительными интервалами (ДИ) и значимостью:

* – $p < 0,1$; ** – $p < 0,05$; *** – $p < 0,01$.

Обсуждение

В рамках данного исследования было найдено, что каждый второй россиянин имел НП в медицинской помощи (52,4%). Это первое исследование, в котором продемонстрировано, что распространённость НП в медицинской помощи среди всего населения чрезвычайно высока в России на мировом фоне.

Высокая доля распространённости НП может быть обусловлена техническими аспектами опроса: большим временным диапазоном, который охватывали задаваемые респондентам вопросы («за последние 12 месяцев»), и широким учитываемым спектром ситуаций причин возникновения НП (включение всех трёх категорий барьеров получения медицинской помощи и варианта ответа «другие причины»). Второй аспект объясняет различия в степени распространённости НП в европейских странах (OECD 2020), а первый аспект можно связать с пандемией COVID-19, которая могла повлиять на привычное использование системы здравоохранения россиянами. Однако также превышающая 50% доля может быть обусловлена особенностями поведения россиян в системе здравоохранения и особенностями самой системы здравоохранения. К таким особенностям можно отнести отличия в восприятии собственного здоровья у россиян по сравнению с гражданами других стран (Лебедева, Чирков, Татарко 2007), различия в ожиданиях россиян по отношению к системе здравоохранения (Баглюк, Касаткина 2019) и проблемы с доступностью медицинской помощи (Назаров, Авксентьев 2017).

Перечисленные особенности отчасти находят отражение в других результатах настоящего исследования. Наиболее распространённым препятствием к обращению за медицинской помощью в России оказался барьер принятия, связанный с личными ситуациями индивидов и их убеждениями. Наибольшая его распространённость встречается и в других странах (Nelson, Park 2006; Pappa et al. 2013; Hwang 2018). Исследователи традиционно связывают это с такими ситуациями, как исчезновение медицинских проблем самих по себе, выбор стратегии «выжидания» в качестве подхода к проблемам со здоровьем («откладывание на потом», «wait-and-see strategy»), отчаяние в эффективности медицинской помощи, предпочтение лечиться своими силами (самолечение) (Lindström, Rosvall, Lindström 2017). Все эти характеристики могут быть актуальны и для объяснения поведения россиян – некоторые исследования подтверждают наличие таких тенденций среди российского населения (Назарова 2007; Караева 2022; Федеральная служба государственной... 2023). Вторым по распространённости барьером к обращению за медицинской помощью оказалось удобство её получения из-за проблем с денежными средствами у пациентов и удалённость места её оказания. Предыдущие исследования по России подтверждают актуальность этих проблем для системы здравоохранения (Назарова 2007; Караева 2022; Федеральная служба государственной... 2023). Наименее распространённым барьером оказались проблемы с доступностью медицинской помощи ввиду отсутствия нужных врачей, возможности записаться на удобное время, длинных очередей и др. Как и в случае барьера удобства, ряд исследований подтверждает наличие подобных проблем в России (Заздравных, Тараскина 2021; Караева 2022; Федеральная служба государственной... 2023). Настоящая работа дополняет предыдущие российские исследования тем, что подтверждает актуальность данных проблем для современной системы здравоохранения и упорядочивает причины необращения за медицинской помощью по их распространённости среди различных групп населения.

Группами населения РФ, более склонными к наличию НП в медицинской помощи, оказались женщины, молодые люди, обладатели высшего образования и имеющие проблемы со здоровьем. Многие аналогичные тенденции отмечены в исследованиях по другим странам, и они объясняются различиями в отношении к собственному здоровью у индивидов и большим спросом на медицинские услуги (Nelson, Park 2006; Connolly, Wren 2017; Lindström, Rosvall, Lindström 2017). Кроме того, формулировка вопроса о НП («за последние 12 месяцев хотели ли вы сходить к врачу, но по каким-то причинам этого не сделали?») могла быть воспринята рядом респондентов не только по отношению к собственному здоровью, но и по отношению к здоровью их детей и других близких родственников. Неравное распределение ответственности за заботу о близких родственниках, и в том числе организацию медицинской помощи внутри семей (Здравомыслова, Темкина 2015) могло повлиять на полученную распространённость НП среди женщин. Исключением из этих четырёх характеристик оказалось образование, поскольку в других странах более низкий уровень образования связывается с более высокой вероятностью иметь НП (Pappa et al. 2013) или какой-либо эффект от образования отсутствует (Hwang 2018).

Большой интерес могут представлять характеристики, актуальные для объяснения различий в поведении разных групп населения в других странах, но которые оказались менее актуальными для России. К таким характеристикам относятся тип и размер населённого пункта проживания, доходы индивидов, их статус занятости, поведение в отношении собственного здоровья (употребление алкоголя и курение). Несмотря на то, что в Италии, Швеции, Канаде и других странах (Bryant, Leaver, Dunn 2009; Cavalieri 2013; Chaupain-Guillot, Guillot 2014) данные характеристики обуславливали различия в вероятности иметь НП в медицинской помощи, в случае России статистически значимые различия отсутствуют. Данный результат может указывать на меньший вклад этих характеристик на поведение индивидов в российской системе здравоохранения по сравнению с зарубежными, может быть особенностью полученной для исследования выборки, а также может быть связан с гетерогенностью восприятия респондентами разных групп населения собственного здоровья и необходимости обращений за медицинской помощью (Раскина, Подкорытова, Кучаков 2022). Дальнейшие исследования на российских данных позволят собрать больше информации по теме НП в медицинской помощи.

Проведённое исследование представляет собой первую попытку детального изучения проблемы НП в медицинской помощи среди российского населения с использованием теоретического инструментария и позволяет дать несколько рекомендаций для управляющих системой здравоохранения агентов. Большая вовлечённость россиян в пользование услугами системы здравоохранения может быть потенциально обеспечена трансформацией отношения населения к собственному здоровью в том числе за счёт использования альтернативных способов общения с пациентами, внедрения систем, облегчающих доступ пациентов к получению медицинской помощи, а также облегчающих понимание медицинской информации, поддержки работы добровольных объединений пациентов и вовлечения этих объединений в разработку и реализацию политики в сфере здравоохранения (World Health Organization 2016). Важную роль в этом процессе могут сыграть инициативы, направленные на распространение информации в области здравоохранения и внедрение дистанционных методов диагностики и слежения за состоянием здоровья пациентов (Тумусов, Косенков 2019). Развитие доступности и удобства получения медицинской помощи должно

оставаться актуальными, но согласно результатам данного исследования, это может привлечь меньшее число людей в медицинские учреждения, чем изменение отношения индивидов к собственному здоровью.

Литература

- Александрова Е.А., Хабибуллина А.Р. (2019). Методология оценки качества жизни, связанного со здоровьем, с использованием опросника EQ-5D-3L. *Российский медицинский журнал*, 25(4), 202–209. <https://doi.org/10.18821/0869-2106-2019-25-4-202-209>
- Баглюк С.Б., Касаткина Н.С. (2019). Влияние СМИ на формирование когнитивного диссонанса при взаимодействии врача и пациента. *Клиническая практика*, 10(1), 108–113. <https://doi.org/10.17816/clinpract10108-113>
- Вашингтонская группа по статистике инвалидности. (2020). Расширенный опросник по функциональным способностям (WG-ES). <https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Documents/Questions/Russian.pdf>
- Заздравных Е.А., Тараскина Е.В. (2021). Удалось ли реформам здравоохранения в России уменьшить очередь к врачу? *Экономическая политика*, 16(5), 118–143. <https://doi.org/10.18288/1994-5124-2021-5-118-143>
- Здравомыслова Е.А., Темкина А.А. (2015). *12 лекций по гендерной социологии*. Санкт-Петербург: Издательство ЕУСПб.
- Кареева О. (2022). *Оценка качества медицинской помощи*. <https://www.levada.ru/2022/02/18/otsenka-kachestva-meditsinskoj-pomoshhi/>
- Лебедева Н.М., Чирков В.И., Татарко А.Н. (2007). *Культура и отношение к здоровью: Россия, Канада, Китай*. Москва: Издательство РУДН.
- Малышев М.Л., Варламова С.Н. (2013). Обращение россиян за медицинской помощью. *Вестник Института социологии*, 6, 48–66. https://www.vestnik-isras.ru/files/File/Vestnik_2013_6/Malishev.pdf
- Назаров В.С., Авксентьев Н.А. (2017). Российское здравоохранение: проблемы и перспективы. *Финансовый журнал*, 4(38), 9–23. https://www.nifi.ru/images/FILES/Journal/Archive/2017/4/articles_2017_4/fm_2017_4_01.pdf
- Междисциплинарный центр исследований общественного здоровья. (2022). Первый национальный отчёт «Мониторинг общественного здоровья». <https://monitoring.sechenov.ru/>
- Назарова, И. Б. (2007). *Здоровье занятого населения*. Москва: Макс Пресс.
- Панова Л.В. (2019). Доступность медицинской помощи: Россия в европейском контексте. *Журнал исследований социальной политики*, 17(2), 177–190. <https://doi.org/10.17323/727-0634-2019-17-2-177-190>
- Раскина Ю.В., Подкорытова О.А., Кучаков Р.К. (2022). Детерминанты здоровья и гетерогенность ответов при самооценке здоровья в России: подход якорных виньеток. *Прикладная эконометрика*, 66, 118–143. <https://doi.org/10.22394/1993-7601-2022-66-118-143>

- Тумусов Ф.С., Косенков Д.А. (2019). *Современные тенденции в системе здравоохранения Российской Федерации*. Москва: Издание Государственной Думы.
<http://duma.gov.ru/media/files/otTeY7Kh7jQrYiz92JbKmbymxb6971xF.pdf>
- Федеральная служба государственной статистики. (2023). Комплексное наблюдение условий жизни населения 2022 (КОУЖ-2022).
https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/GKS_KOUZH_2022/index.html
- Allin S., Masseria C. (2009). Research Note: Unmet need as an indicator of access to health care in Europe. In The London School of Economics and Political Science: European Commission Directorate-General "Employment, Social Affairs and Equal Opportunities" Unit E1–Social and Demographic Analysis. London: LSE Health.
<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=c5a2f79ff01396a7e4affa9540a29ae71c83ac0d>
- Andersen R.M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.
<https://doi.org/10.2307/2137284>
- Bryant T., Leaver C., Dunn J. (2009). Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada. *Health Policy*, 91(1), 24–32. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.11.0>
- Carr W., Wolfe S. (1976). Unmet Needs as Sociomedical Indicators. *International Journal of Health Services*, 6(3), 417–430. <https://doi.org/10.2190/mcg0-uh8d-0ag8-vfnu>
- Cavalieri M. (2013). Geographical variation of unmet medical needs in Italy: a multivariate logistic regression analysis. *International Journal of Health Geographics*, 12, 27.
<https://doi.org/10.1186/1476-072X-12-27>
- Chaupain-Guillot S., Guillot O. (2014). Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data. *The European Journal of Health Economics*, 16(7), 781–796. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0629-x>
- Chen J., Hou F. (2002). Unmet Needs for Health Care. *Health Reports*, 13(2), 23–34.
https://www.researchgate.net/publication/10762540_Unmet_needs_for_health_care
- Connolly S., Wren M.-A. (2017). Unmet healthcare needs in Ireland: Analysis using the EU-SILC survey. *Health Policy*, 121(4), 434–441. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.02.0>
- Hwang J. (2018). Understanding reasons for unmet health care needs in Korea: what are health policy implications? *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3369-2>
- Lindström C., Rosvall M., Lindström M. (2017). Socioeconomic status, social capital and self-reported unmet health care needs: A population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(3), 212–221. <https://doi.org/10.1177/1403494816689345>
- Lindström C., Rosvall M., Lindström M. (2018). Differences in unmet healthcare needs between public and private primary care providers: A population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(4), 488–494. <https://doi.org/10.1177/1403494818762983>
- Molarius A., Simonsson B., Lindén-Boström M., Kalander-Blomqvist M., Feldman I., Eriksson H.G. (2014). Social inequalities in self-reported refraining from health care due to financial reasons in Sweden: health care on equal terms? *BMC Health Services Research*, 14(1).
<https://doi.org/10.1186/s12913-014-0605-2>

- McCarberg B.H., Nicholson B.D., Todd K.H., Palmer T., Penles L. (2008). The Impact of Pain on Quality of Life and the Unmet Needs of Pain Management: Results From Pain Sufferers and Physicians Participating in an Internet Survey. *American Journal of Therapeutics*, 15(4), 312–320. <https://doi.org/10.1097/mjt.0b013e31818164f2>
- Nelson C.H., Park J. (2006). The nature and correlates of unmet health care needs in Ontario, Canada. *Social Science & Medicine*, 62(9), 2291–2300. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.0>
- OECD (2020). *Unmet needs for health care: comparing approaches and results from international surveys*. Paris: OECD Publishing. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Unmet-Needs-for-Health-Care-Brief-2020.pdf>
- OECD/European Union (2014). *Health at a Glance: Europe 2014*. Paris: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en
- OECD/European Union (2016). *Health at a Glance: Europe 2016*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264265592-en>
- OECD/European Union (2018). *Health at a Glance: Europe 2018*. Paris: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- OECD/European Union (2020). *Health at a Glance: Europe 2020*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- OECD/European Union (2022). *Health at a Glance: Europe 2022*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- Pappa E., Kontodimopoulos N., Papadopoulos A., Tountas Y., Niakas D. (2013). Investigating Unmet Health Needs in Primary Health Care Services in a Representative Sample of the Greek Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(5), 2017–2027. <https://doi.org/10.3390/ijerph10052017>
- Popovic N., Terzic-Supic Z., Simic S., Mladenovic B. (2017). Predictors of unmet health care needs in Serbia; analysis based on EU-SILC data. *PLoS One*, 12(11), e0187866. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187866>
- Rahman M.M., Rosenberg M., Flores G., Parsell N., Akter S., Alam A., Rahman M., Edejer T. (2022). A systematic review and meta-analysis of unmet needs for healthcare and long-term care among older people. *Health Economics Review*, 12, 60. <https://doi.org/10.1186/s13561-022-00398-4>
- Sanmartin C., Houle C., Tremblay S., Berthelot J.M. (2002). Changes in unmet health care needs. *Health Reports*, 13(3), 15–21. https://www.researchgate.net/profile/Claudia-Sanmartin/publication/10762543_Changes_in_unmet_health_care_needs/links/5bd02c7c92851c1816bca503/Changes-in-unmet-health-care-needs.pdf
- Westin M., Åhs A., Bränd Persson K., Westerling R. (2004). A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care—lack of confidence in the medical services a plausible explanation? *Health Policy*, 68(3), 333–344. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2003.10.0>
- World Health Organization (2016). Patient engagement. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/252269>

Распространенность потребления табачной и никотинсодержащей продукции в Российской Федерации: анализ тенденций в 2019-2022 гг.

Николай Михайлович Стадник

(stadniknm@rosstat.gov.ru), Федеральная служба государственной статистики, Россия.

Светлана Юрьевна Никитина

(nikitinasiu@rosstat.gov.ru), Федеральная служба государственной статистики, Россия.

Галина Михайловна Сахарова

(pulmomail@gmail.com), ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия.

Николай Сергеевич Антонов

(pulmomail@gmail.com), ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия.

Олег Олегович Салагай

(salagayoo@minzdrav.gov.ru), Министерство здравоохранения Российской Федерации, Россия.

Prevalence of tobacco consumption in the Russian Federation: analysis of trends in 2019 - 2022

Nikolay Stadnik

(stadniknm@rosstat.gov.ru), Federal State Statistics Service, Russia.

Svetlana Nikitina

(nikitinasiu@rosstat.gov.ru), Federal State Statistics Service, Russia.

Galina Sakharova

(pulmomail@gmail.com), Russian Research Institute of Health, Russia.

Nikolay Antonov

(pulmomail@gmail.com), Russian Research Institute of Health, Russia.

Oleg Salagay

(salagayoo@minzdrav.gov.ru), Ministry of Health of the Russian Federation, Russia.

Резюме: В данном исследовании предлагается подход к оценке динамики распространенности потребления табачной и никотинсодержащей продукции в России в разрезе возраста, пола и регионов страны. Источником данных служат базы микроданных Выборочного наблюдения состояния здоровья населения Росстата, проведенного в 2019-2022 гг. Оценка динамики показателей распространенности потребления табачной и никотинсодержащей продукции основана на анализе трендов, полученных с помощью линейной аппроксимации временных рядов данных во всех необходимых разрезах. Направление и темпы (интенсивность) трендов оценивали по коэффициентам построенных линейных моделей, а их статистическую значимость – по значению коэффициента детерминации.

В целом по стране 2019-2022 гг. можно охарактеризовать как период сокращения доли населения, потребляющего табачные и/или никотинсодержащие изделия. При этом имели место две противоположных по направлению тенденции: снижение распространенности потребления курительного табака и рост распространенности потребления электронных сигарет. Причем если первое наблюдалось преимущественно среди мужчин, то рост распространенности потребления электронных сигарет был сопоставимым среди обоих полов.

В ряде регионов, а также некоторых группах населения рост доли лиц, использующих электронные сигареты, оказался по интенсивности выше, чем снижение распространенности курительного табака, из-за чего распространенность потребления табака/никотина в этих группах населения и регионах в целом росла.

Проведенное исследование позволило выявить регионы страны с неблагоприятной динамикой распространенности потребления табачной и никотинсодержащей продукции, в которых необходима разработка и внедрение дополнительных мер по снижению распространенности потребления табака/никотина, в том числе направленных на конкретные группы населения.

Ключевые слова: Россия, потребление табака, поведенческие факторы риска, электронные сигареты, Выборочное наблюдение состояния здоровья населения Росстата.

Для цитирования: Стадник Н.М., Никитина С.Ю., Сахарова Г.М., Антонов Н.С., & Салагай О.О. (2024). Распространенность потребления табачной и никотинсодержащей продукции в Российской Федерации:

анализ тенденций в 2019-2022 гг. Демографическое обозрение, 11(1), 37-60.
<https://doi.org/10.17323/demreview.v11i1.20931>

Abstract: *This study proposes a method to assess the dynamics of tobacco and nicotine consumption in Russia by age, gender and regions based on the data of the Sample Survey of the Health Condition of the Population conducted by Rosstat in 2019-2022. The data source is the microdata databases of the Survey. The assessment of the dynamics of tobacco and nicotine consumption is based on the analysis of trends obtained by linear approximation of time series of data in all necessary dimensions. The direction and pace of trends were estimated by the coefficients of the computed models, and their statistical significance was estimated by the value of the coefficient of determination. In the country as a whole, 2019-2022 can be characterized as a period of reduction in the prevalence of tobacco/nicotine consumption. At the same time, there were two opposite trends: a decrease in the prevalence of smoking tobacco consumption with a simultaneous increase in the prevalence of e-cigarette consumption. The former was mostly due to the dynamics among men while the latter was of comparable proportions for both sexes. In a number of regions and socio-demographic groups, the growth of e-cigarette consumption turned out to be larger than of 'traditional' smoking tobacco consumption, which is why the prevalence of tobacco consumption in general, contrary to the general trend, was growing for those groups. The study made it possible to identify regions of the country with unfavorable dynamics of tobacco and nicotine consumption where it is necessary to develop and implement additional measures to reduce the prevalence of tobacco/nicotine consumption, including those aimed at specific population groups.*

Keywords: *Russia, tobacco consumption, behavioral risk factors, electronic cigarettes, Rosstat Sample Survey of the Health Condition of the Population.*

For citation: *Stadnik N., Nikitina S., Sakharova G., Antonov N., & Salagay O. (2024). Prevalence of tobacco consumption in the Russian Federation: analysis of trends in 2019 - 2022. Demographic Review, 11(1), 37-60. <https://doi.org/10.17323/demreview.v11i1.20931>*

1. Введение

К середине XX века прогресс в области санитарии и медицины позволил почти целиком победить инфекционные заболевания как основную причину смерти в большинстве развитых стран, впоследствии это имело распространение и в других странах и регионах мира. Дальнейшие успехи в снижении смертности стали в значительной мере зависеть от того, насколько эффективной была борьба с неинфекционными заболеваниями, причинами которых являются генетические и врожденные факторы, состояние окружающей среды, а также поведенческие факторы риска, к которым, как правило, относят злоупотребление алкоголем, потребление табачной и никотинсодержащей продукции, недостаточная физическая активность и нерациональное питание.

В 2017 г. на Глобальной конференции ВОЗ по неинфекционным заболеваниям было принято решение о всеобъемлющих мерах по ускорению продвижения в сторону уменьшения на треть к 2030 г. преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний (World Health Organization 2017). К числу упомянутых мер были отнесены информационно-пропагандистская работа, снижение распространенности факторов риска, обеспечение эффективности систем здравоохранения и всеобщего охвата медико-санитарным обслуживанием, проведение научных исследований. Также подчеркивалось, что для того, чтобы принимаемые в данной сфере меры были эффективны, необходимо осуществление мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний.

Потребление табачной и никотинсодержащей продукции является одним из наиболее значимых поведенческих факторов риска по своим последствиям для здоровья. Ежегодно более восьми миллионов человек умирают от последствий потребления табака, причем, примерно 1,3 миллиона из них – в результате пассивного курения (World Health Organization 2023). В развитых странах с потреблением табака связано от 25% (Jha et al. 2013) до 40% смертей в возрасте до 80 лет (Reep-van den Bergh, Harteloh, Croes 2017). У курильщиков по сравнению с никогда не курившими наблюдаются в разы более высокие риски смерти от рака трахеи, бронхов, легкого, а также хронического бронхита, эмфиземы и других обструктивных болезней легких (Oza et al. 2011; Ezzatti et al. 2005a; 2005b; Thun, Apicella, Henley 2000). По результатам исследований в разных странах, снижение ожидаемой продолжительности жизни (далее – ОПЖ) в результате потребления табака оценивается от 4 (Kim et al. 2021) до 13 лет (Reep-van den Bergh, Harteloh, Croes 2017). В Российской Федерации снижение ОПЖ в связи с потреблением табака оценивается в 5,3 года (Кузнецова 2019).

Вред от потребления табака является дозозависимым. Относительный риск преждевременной смерти среди выкуривающих 20 и более сигарет в день превышает таковой среди выкуривающих 10 и менее сигарет в день в 2,2 раза (Reep-van den Bergh, Harteloh, Croes 2017). Отказ от потребления табака в перспективе позволяет сохранить здоровье и продлить жизнь, причем, чем в более раннем возрасте это происходит, тем легче оказываются последствия. Продолжительность жизни отказавшихся от потребления табака в возрасте до 40 лет при прочих равных условиях почти не отличается от таковой у никогда не куривших (Jha et al. 2013).

В ответ на глобализацию табачной эпидемии в мире в 2005 г. странами-членами ВОЗ была подписана и принята Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (далее – РКБТ ВОЗ). Российская Федерация присоединилась к РКБТ ВОЗ в 2008 г. с принятием Федерального закона от 24 августа 2008 г. №51-ФЗ. В рамках реализации мер, которое

предполагает участие в РКБТ ВОЗ, в 2013 г. в России был принят Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. №15-ФЗ «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», в котором были определены основные направления борьбы с табачной эпидемией.

Табачная эпидемия в Российской Федерации развивалась с некоторым отставанием от развитых стран Запада, хотя в целом и повторяла основные этапы, которые ранее в них наблюдались (Quirmbach, Gerry 2016). Ее пик пришелся на середину 2000-х годов, к этому времени доля курящих мужчин оставалась стабильно высокой, а доля курящих женщин росла. Затем последовало снижение распространенности курения (Perlman et al. 2007, Shkolnikov et al. 2020). В таблице 1 представлены данные, позволяющие оценить масштабы этих процессов.

Таблица 1. Распространенность табакокурения среди мужчин и женщин в Российской Федерации, 1992-2009, %

	1992	1998	2004	2009
Мужчины	62,0	63,2	62,6	60,2
Женщины	4,6	9,7	20,3	21,7

Источники: (Герасименко, Заридзе, Сахарова 2007: 80; Масленникова, Оганов 2011; Сахарова, Антонов, Салагай 2017; Салагай и др. 2023b).

После принятия Федерального закона №15-ФЗ снижение распространенности табакокурения среди взрослого населения ускорилось (Калабихина, Кузнецова 2019; Кузнецова 2019). Это подтверждается данными, полученными на основе репрезентативного национального исследования «Глобальный опрос взрослых о потреблении табака в Российской Федерации» (GATS) (Сахарова, Антонов, Салагай 2017). Так, если в 2009 г. распространенность табакокурения составляла 60,2% среди мужчин и 21,7% среди женщин, то к 2016 г. она снизилась до 50,6% среди мужчин и до 14,3% среди женщин.

С момента присоединения России к РКБТ ВОЗ распространенность потребления табака и других поведенческих факторов риска развития неинфекционных заболеваний оценивалась многими организациями путем выборочного наблюдения с использованием различных методологий (Гамбарян, Драпкина 2018). При этом, однако, в России ранее не предпринимались попытки разработать подход к постоянному мониторингу распространенности поведенческих факторов риска с оценкой динамики показателей. Как правило, проводилось только сопоставление данных за различные годы.

В исследовании, проведенном О.О. Салагаем с соавторами, был разработан комплекс показателей, характеризующих распространенность поведенческих факторов риска и их влияния на здоровье взрослого населения России, на базе которого возможно создание постоянного мониторинга (Салагай и др. 2023а).

Целью настоящего исследования является разработка подхода к постоянному динамическому мониторингу с выявлением и количественной оценкой трендов распространенности поведенческих факторов риска среди населения Российской Федерации и ее регионов. В рамках данной статьи рассматривается его применение для оценки трендов в динамике распространенности потребления табачной и никотинсодержащей продукции в России в 2019-2022 гг.

2. Материалы и методология

Источником данных для настоящего исследования служат базы микроданных Выборочного наблюдения состояния здоровья населения (далее – СЗН), проводимого Росстатом ежегодно, начиная с 2019 г., во всех субъектах Российской Федерации с охватом 60 тыс. домохозяйств. План размещения выборки по субъектам Российской Федерации разрабатывается в соответствии с количеством обследуемых домохозяйств с учетом необходимости обеспечения представительности итогов наблюдения по населению страны в целом, а также по городскому и сельскому населению, мужчинам и женщинам, возрастным группам и субъектам РФ. Отбор домохозяйств в субъектах РФ производится случайным образом. Сбор первичных данных осуществляется посредством личного опроса интервьюерами (Росстат 2022b).

Анализ в рамках данного исследования осуществляется по следующим показателям из числа разработанных в рамках проведенного ранее исследования (Сагалай и др. 2023а):

- распространенность потребления табачной и никотинсодержащей продукции – доля населения, потребляющего (ежедневно или периодически) любые виды табачной или никотинсодержащей продукции, включая курительные табачные изделия (сигареты, сигары, папиросы и др.), некурительные табачные изделия (снюс, насвай, сосательный, нюхательный, жевательный табак), а также электронные сигареты (все виды электронных средств доставки никотина и электронных средств нагревания табака) среди всего взрослого населения;
- распространенность потребления курительного табака – доля населения, ежедневно или не ежедневно (периодически) потребляющего курительные табачные изделия, среди всего взрослого населения;
- распространенность потребления электронных сигарет – доля взрослого населения, ежедневно или не ежедневно (периодически) потребляющего электронные сигареты, среди всего взрослого населения.

Динамику показателей анализировали среди всего взрослого населения (здесь и далее под взрослым населением понимается население в возрасте 15 лет и старше, т. е. респонденты, самостоятельно отвечающие на вопросник для взрослых при проведении СЗН (Росстат 2022b)) в разрезе субъектов Российской Федерации, пола и пятилетних возрастных групп за период 2019-2022 гг. Данные по респондентам, выбравшим вариант «Отказ от ответа» в соответствующих вопросах, исключали при проведении расчетов.

Предлагаемый метод оценки динамики выбранных показателей основан на аппроксимации временных рядов расчетных значений показателей математической моделью с последующим сравнением ее коэффициентов и оценкой качества. Учитывая небольшую длину временных рядов, для оценки динамики данных показателей предлагается применение линейной модели вида $y = kx + b$.

Для нахождения коэффициента k и константы b применяли метод наименьших квадратов:

$$k = \frac{n \sum_{i=1}^n x_i y_i - \sum_{i=1}^n x_i \sum_{i=1}^n y_i}{n \sum_{i=1}^n x_i^2 - (\sum_{i=1}^n x_i)^2};$$
$$b = \bar{y} - k\bar{x}$$

где x – календарные годы, y – значения показателя, $n = 4$ – длина временного ряда для

показателя, $\bar{x}, \bar{y}$ – средние значения x и y .

Коэффициент k определяет направление тренда (положительный k соответствует росту показателя, отрицательный k – его снижение), а также то, на сколько процентов населения в среднем изменится значение показателя при изменении переменной x на один год. Коэффициент b в данном случае не имеет содержательного смысла.

Для оценки качества модели использовали коэффициент детерминации R^2 , который в случае линейной регрессии может быть рассчитан как квадрат коэффициента корреляции Пирсона:

$$R^2 = \left(\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2} \sqrt{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}} \right)^2,$$

где x – значения показателя, y – календарные годы, $n = 4$ – количество значений показателя, $\bar{x}, \bar{y}$ – средние значения x и y .

R^2 характеризует долю дисперсии рассматриваемого показателя, которая объясняется построенной моделью. Чем ближе его значение к 1, тем ближе тренд изменения значений показателя во времени к линейному. Считается, что модели, для которых R^2 имеет значение 0,5 и более, являются удовлетворительными, 0,8 и более – очень хорошими (Ozili 2022). В рамках настоящего исследования в качестве моделей приемлемого качества рассматривали те, для которых R^2 принимает значение 0,5 и более.

Параметры моделей рассчитывали по каждому показателю во всех предусмотренных разрезах. На основе рассчитанных коэффициентов моделей регионы и возрастно-половые группы населения классифицированы на те, в которых наблюдается:

1. устойчивая динамика (тренд) показателя – $R^2 \geq 0,5$:
 - a. устойчивое снижение показателя – $R^2 \geq 0,5, k < 0$;
 - b. устойчивый рост показателя – $R^2 \geq 0,5, k > 0$;
2. отсутствие устойчивой динамики (тренда) показателя – $R^2 < 0,5$.

3. Результаты

3.1. Распространенность потребления табачной и никотинсодержащей продукции в Российской Федерации в 2022 г.

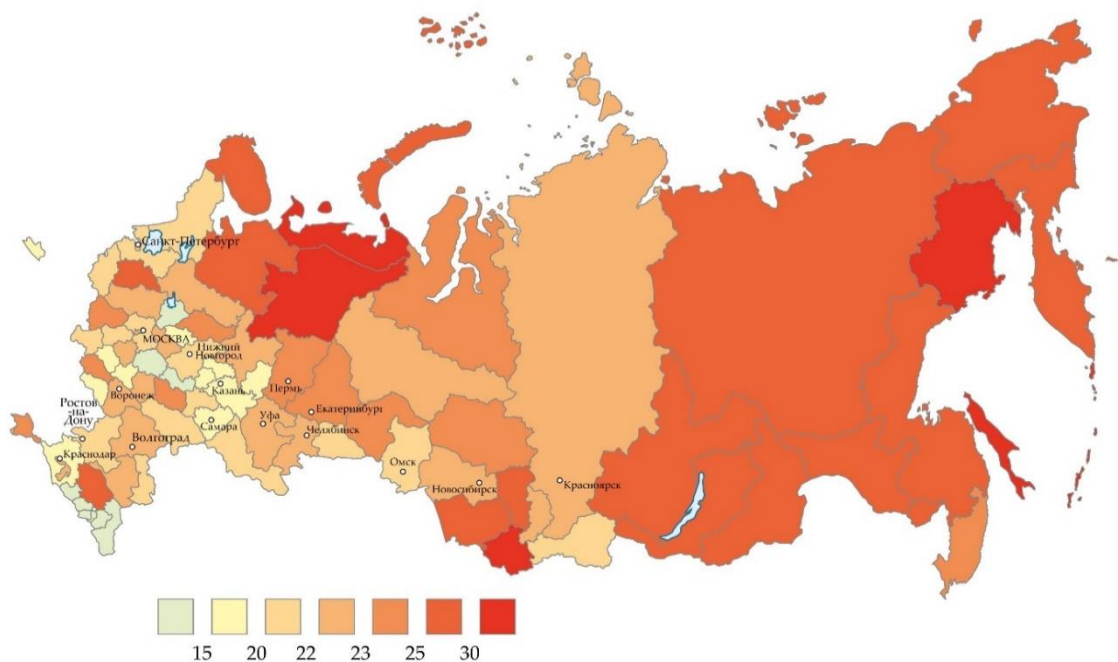
По данным, полученным на основе СЗН, по состоянию на 2022 г. 21,6% взрослого населения России относились к числу потребителей табачной и никотинсодержащей продукции (таблица 2). Среди мужчин их доля в 3,6 раза превышала таковую среди женщин. Наибольшая распространенность потребления табака и никотина наблюдалась в возрастной группе 40-44 года – 32,1%. В более молодых и более старших возрастных группах она, как правило, была существенно ниже: среди населения в возрасте 15-19 лет она составляет 8,9%, в возрастной группе 80 лет и более – 2,3%.

Таблица 2. Распространенность потребления табачной и никотинсодержащей продукции и отдельных ее видов по полу и возрастным группам, Российская Федерация, 2022, %

	Доля потребляющих любые виды табачной и никотинсодержащей продукции	Доля потребляющих курительный табак	Доля потребляющих электронные сигареты
Всего	21,61	19,34	3,60
Мужчины	37,65	34,87	4,56
Женщины	10,27	8,30	2,91
15-19 лет	8,90	4,80	5,86
20-24 лет	24,08	14,45	13,26
25-29 лет	27,59	20,09	11,49
30-34 лет	28,01	22,97	8,06
35-39 лет	30,12	26,44	6,03
40-44 лет	32,12	29,42	4,60
45-49 лет	31,38	29,47	3,28
50-54 лет	26,46	25,81	1,56
55-59 лет	23,32	22,89	0,66
60-64 лет	18,12	17,88	0,37
65-69 лет	14,20	14,14	0,14
70-74 лет	9,42	9,40	0,01
75-79 лет	6,00	6,00	0,03
80 лет и более	2,27	2,27	0,00

Источник: Расчеты авторов на основе данных Росстата (Росстат 2022а).

Рисунок 1. Распространенность потребления табачной и никотинсодержащей продукции по субъектам Российской Федерации, все взрослое население, 2022, %



Источник: Расчеты авторов на основе данных Росстата (Росстат 2022а).

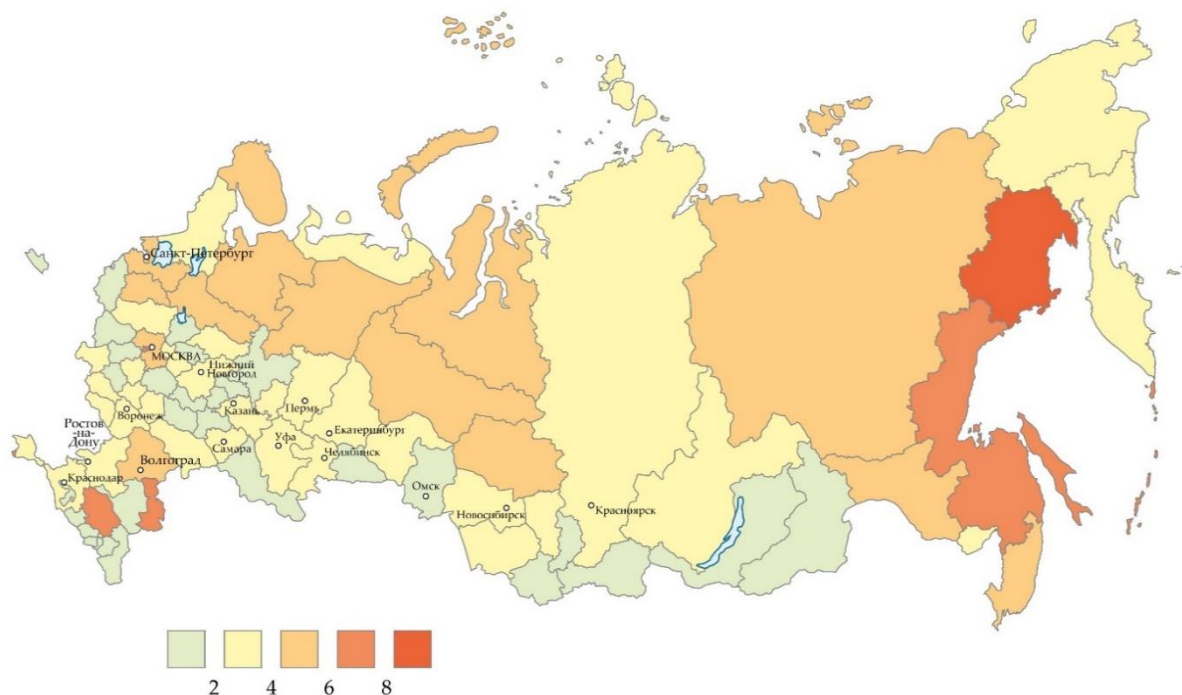
Примечание: г. Москва – 22,99%, г. Санкт-Петербург – 20,31%, г. Севастополь – 23,04%.

Региональное распределение данного показателя в целом повторяет таковое для распространенности потребления табака и никотина в любой форме (рисунок 2). Наибольшая доля взрослого населения, потребляющего курительный табак, наблюдалась в Сахалинской (33,51%) и Магаданской (31,88%) областях, а также в Ненецком автономном округе (30,42%), наименьшая – в Чеченской республике (3,34%), республиках Ингушетия (3,95%) и Дагестан (5,96%).

Электронные сигареты в 2022 г. использовали 3,60% взрослого населения Российской Федерации. Различие по величине распространенности их потребления между мужчинами и женщинами было намного меньше, чем в случае с курительным табаком: доля использующих электронные сигареты мужчин превышала таковую среди женщин в 1,6 раза. Возрастное распределение распространенности потребления электронных сигарет сильно смещено в сторону более молодых возрастов – наибольшее значение данного показателя отмечается в возрастной группе 20-24 года (13,26% населения в данном возрасте), среди 25-29-летних оно немного меньше (11,49%).

В региональном разрезе «северо-восточный градиент» в распространенности потребления электронных сигарет наблюдается еще более четко, чем в случае с распространенностью потребления курительного табака (рисунок 3). Распространенность потребления электронных сигарет имела наибольшее значение в Магаданской области – 8,56%. Близкие к нулю значения данного показателя отмечены в регионах, расположенных на юге как европейской, так и азиатской части страны. Особенно низки они были в республиках Северного Кавказа. В европейской части страны наибольшая распространенность потребления электронных сигарет наблюдалась в г. Москве (7,74%).

Рисунок 3. Распространенность потребления электронных сигарет по субъектам Российской Федерации, все взрослое население, 2022, %



Источник: Расчеты авторов на основе данных Росстата (Росстат 2022а).

Примечание: г. Москва – 7,74%, г. Санкт-Петербург – 5,25%, г. Севастополь – 6,24%.

3.2. Динамика распространенности потребления табачной и никотинсодержащей продукции в России в 2019-2022 гг.

На уровне страны в целом построенные линейные модели для большинства показателей и возрастно-половых групп населения имели высокие значения коэффициента детерминации ($R^2 \geq 0,5$), т. е. хорошо отражали динамику значений показателей. Низкие значения коэффициента детерминации в основном наблюдались у моделей, характеризующих динамику показателей в старших возрастах (таблица 3).

Таблица 3. Значения коэффициента k линейных моделей по показателям, характеризующим распространенность потребления табачной и никотинсодержащей продукции и отдельных ее видов, по полу и возрастным группам, Российская Федерация, 2019-2022

	Коэффициент k тренда потребляющих любые виды табачной и никотинсодержащей продукции	Коэффициент k тренда потребляющих курительный табак	Коэффициент k тренда потребляющих электронные сигареты
Всего	-0,78	-1,14	+1,11
Мужчины	-0,78	-1,21	+1,38
Женщины	-0,20	-0,53	+0,93
15-19 лет	+0,49	-0,43	+1,88
20-24 лет	+0,97	-1,50	+4,25
25-29 лет	-0,49	-2,25	+3,57
30-34 лет	-1,17	-2,38	+2,56
35-39 лет	-1,01	-1,76	+1,88
40-44 лет	-0,14	-0,52	+1,41
45-49 лет	-0,11	-0,37	+0,98
50-54 лет	-0,65	-0,65	+0,49
55-59 лет	-1,32	-1,13	+0,18
60-64 лет	-0,44	-0,33	+0,09
65-69 лет	-0,40	-0,18	+0,03
70-74 лет	-0,44	-0,22	-0,02
75-79 лет	-0,16	-0,11	-0,00
80 лет и более	-0,25	-0,01	+0,00

Источник: Расчеты авторов на основе данных Росстата (Росстат 2019; 2020; 2021; 2022а).

Примечание: Полужирным шрифтом выделены коэффициенты моделей, для которых $R^2 \geq 0,5$.

Распространенность потребления табачной и никотинсодержащей продукции в России в 2019-2022 гг. снижалась как среди мужчин, так и среди женщин (k в соответствующих моделях был меньше 0), а также в большинстве возрастных групп. В рассматриваемый период доля взрослого населения, потребляющего табак/никотин, в среднем ежегодно снижалась на 0,78% (k = -0,78). Среди женщин снижение было значительно меньшим, чем среди мужчин. Среди возрастных групп, в которых имело место снижение потребления табака, наблюдалось два «пика»: первый приходится на 30-34 года (k = -1,17), второй – на 55-59 лет (k = -1,32). Среди населения в возрасте 40-44 (k = -0,14, но $R^2 < 0,5$) и 45-49 лет (k = -0,11) динамика отсутствовала или была сравнительно небольшой, при том что распространенность потребления табака в этих возрастах являлась наибольшей (Салагай и др. 2023а).

Рост распространенности потребления табака/никотина наблюдался в наиболее молодых группах населения – 15-19 (k = 0,49) и особенно 20-24 лет (k = 0,97). Причины этого

становятся очевидны при отдельном рассмотрении распространенности потребления различных видов табачной и никотинсодержащей продукции.

Так, доля потребляющих курительный табак сокращалась во всех возрастно-половых группах населения, устойчивое снижение наблюдалось в 2/3 из них. Особенно сильное снижение имело место в возрастах 25-29 ($k = -2,25$) и 30-34 лет ($k = -2,38$), несколько меньшее – в возрастах 20-24 ($k = -1,50$) и 35-39 лет ($k = -1,76$). Небольшой «пик» вновь наблюдался в возрастной группе 55-59 лет ($k = -1,13$), а среди 40-44 и 45-49-летних динамика была малозначительной ($-0,52$ и $-0,39$ соответственно, в возрасте 45-49 лет $R^2 < 0$). Снижение распространенности потребления курительного табака среди мужчин было более значительным в абсолютных цифрах, однако необходимо иметь в виду и то, что его распространенность среди них более, чем втрое превышала таковую среди женщин (таблица 2).

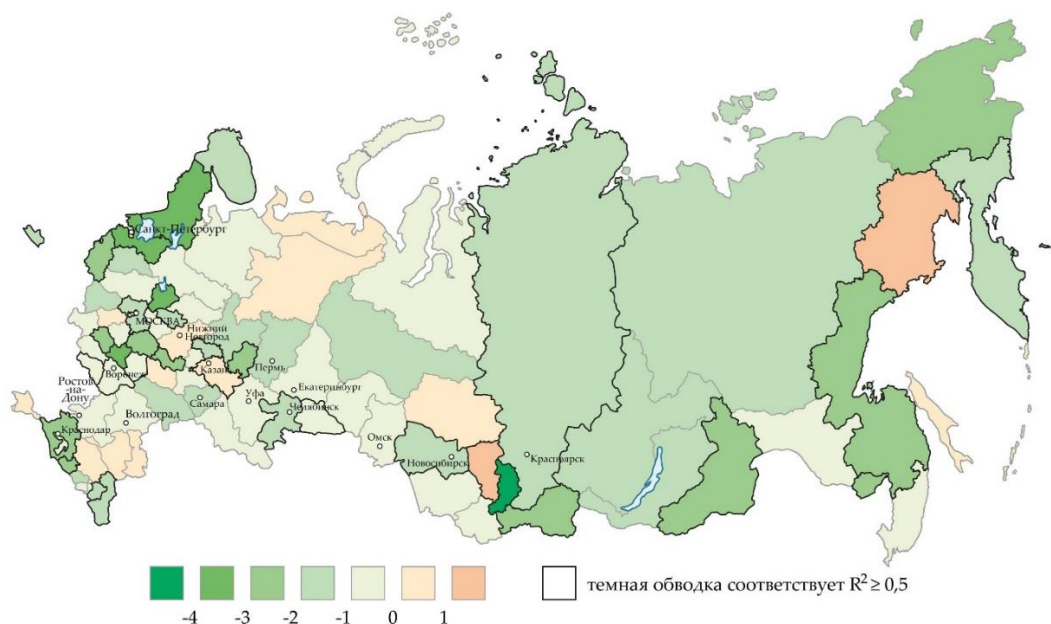
Одновременно со снижением распространенности потребления курительного табака наблюдался и другой процесс, имеющий противоположное направление. В 2019-2022 гг. в России шел достаточно быстрый рост распространенности потребления электронных сигарет и средств нагревания табака. В различной степени это коснулось большинства групп населения, за исключением наиболее пожилых – 70 лет и более. Наиболее масштабный рост имел место среди представителей возрастных групп 20-24 ($k = 4,25$) и 25-29 лет ($k = 3,57$). Меньший, но также заметный – в возрасте 15-19 лет ($k = 1,88$), а также 30-34 лет ($k = 2,56$). В возрастной группе 15-19 лет в результате этих тенденций к 2022 г. распространенность электронных сигарет превысила распространенность потребления курительного табака. Среди мужчин этот процесс так же, как и снижение распространенности потребления курительного табака, шел быстрее, чем среди женщин.

3.3. Региональные особенности динамики распространенности потребления табачной и никотинсодержащей продукции в России в 2019-2022 гг.

Более разнообразная картина наблюдалась на региональном уровне (рисунок 4). Наличие устойчивой динамики распространенности потребления табака/никотина (в любых формах) среди взрослого населения имело место в 34 регионах страны: в 31 – устойчивое снижение, в трех – устойчивый рост, тогда как в остальных регионах величина и направленность изменений не позволяют говорить о наличии устойчивого тренда.

Наибольшее снижение наблюдалось: 1) в кластере регионов на северо-западе страны (Республика Карелия, Калининградская, Ленинградская, Мурманская, Псковская области); 2) в Центральном Черноземье и части Поволжья; 3) в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке: прежде всего в Республике Хакасия, сокращение доли потребителей табака в которой было наибольшим среди регионов России (снижение в среднем на 4,55% взрослого населения ежегодно). Устойчивый рост доли потребителей табака имел место в Магаданской и Кемеровской областях, а также в Республике Татарстан.

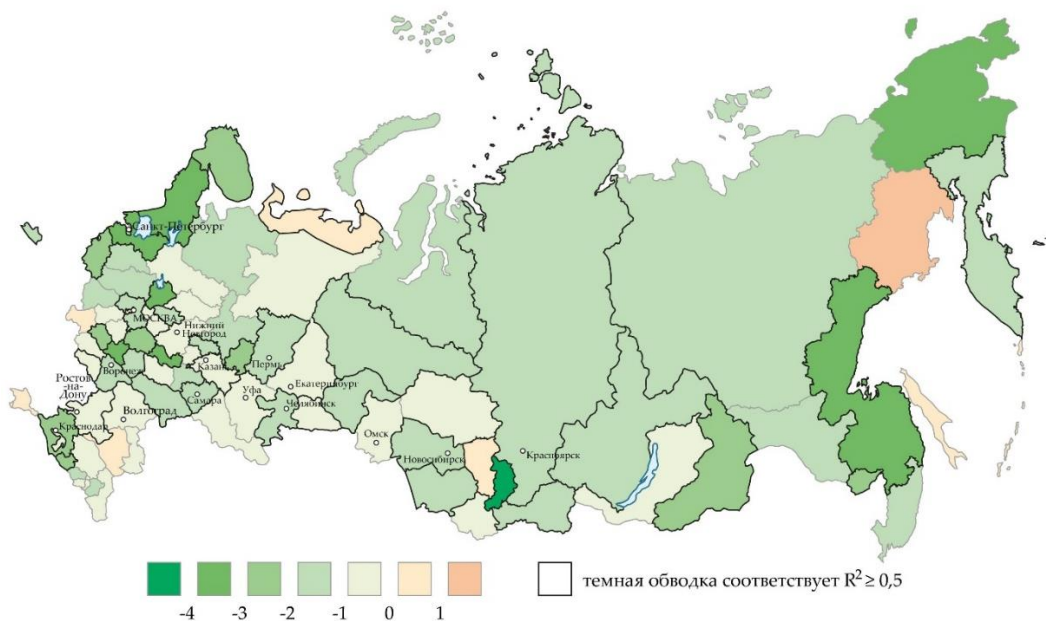
Рисунок 4. Значения коэффициента k моделей, описывающих динамику распространенности потребления табачной и никотинсодержащей продукции, по субъектам Российской Федерации, все взрослое население, 2019-2022



Источник: Расчеты авторов на основе данных Росстата (Росстат 2019; 2020; 2021; 2022а).

Примечание: г. Москва – 0,63 ($R^2 = 0,28$), г. Санкт-Петербург – -0,60 ($R^2 = 0,27$), г. Севастополь – 0,52 ($R^2 = 0,20$).

Рисунок 5. Значения коэффициента k моделей, описывающих динамику распространенности потребления курительного табака, по субъектам Российской Федерации, все взрослое население, 2019-2022



Источник: Расчеты авторов на основе данных Росстата (Росстат 2019; 2020; 2021; 2022а).

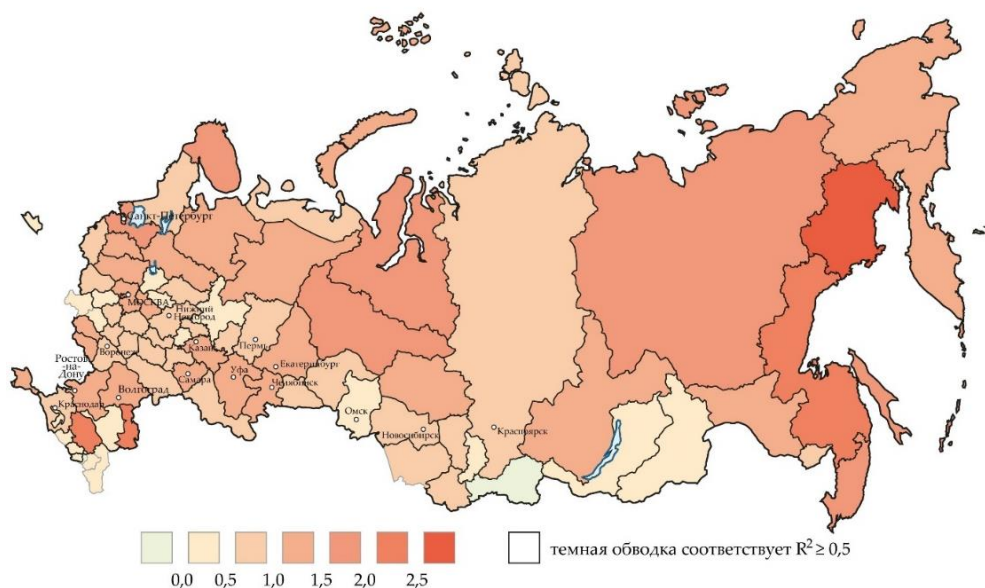
Примечание: г. Москва – 0,03 ($R^2 = 0,02$), г. Санкт-Петербург – 1,21 ($R^2 = 0,38$), г. Севастополь – 0,13 ($R^2 = 0,12$).

В случае с курительным табаком, который в исследуемый период оставался наиболее распространенной потребляемой формой табака/никотина в России, ситуация сходна с потреблением табака/никотина в целом (рисунок 5), однако устойчивая динамика наблюдалась уже в 41 регионе: в 39 регионах – снижение, в двух – рост.

Состав регионов с наибольшим снижением/ростом данного показателя за исследуемый период почти не отличался от такового по распространенности потребления табака/никотина в целом. Более явно выраженная динамика снижения доли потребляющих курительный табак наблюдалась в ряде регионов Поволжья, а также Западной Сибири. Наибольшее снижение также имело место в Республике Хакасия – в среднем на 4,53% в год. Устойчивый рост наблюдался в Кемеровской области и Ненецком АО.

Динамика распространенности потребления электронных сигарет в 2019-2022 гг. характеризуется устойчивым ростом в абсолютном большинстве (75 из 85) регионов (рисунок 6). Наиболее высокие темпы роста ($k > 1,5$) наблюдались: 1) в городах федерального значения – Москве, Санкт-Петербурге, Севастополе; 2) в некоторых южных регионах, таких как Ставропольский край и Астраханская область; 3) на Дальнем Востоке. Самая высокая распространенность потребления электронных сигарет в 2022 г. была в Магаданской области (8,56% взрослого населения по данным СЗН (расчет авторов на основе (Росстат 2022а))), там же имел место и самый значительный рост данного показателя – доля взрослого населения, использующего электронные сигареты, в среднем ежегодно увеличивалась на 2,73% ($k = 2,73$). Небольшой или отсутствующий рост ($k < 0,2$ или $R^2 < 0,5$) имел место преимущественно в республиках Северного Кавказа и некоторых областях Центральной России.

Рисунок 6. Значения коэффициента k моделей, описывающих динамику распространенности потребления электронных сигарет, по субъектам Российской Федерации, все взрослое население, 2019-2022



Источник: Расчеты авторов на основе данных Росстата (Росстат 2019; 2020; 2021; 2022а).

Примечание: г. Москва – 2,27 ($R^2 = 0,96$), г. Санкт-Петербург – 1,55 ($R^2 = 0,95$), г. Севастополь – 1,97 ($R^2 = 0,99$).

3.4. Гендерные особенности динамики распространенности потребления табачной и никотинсодержащей продукции в регионах России в 2019-2022 гг.

Как отмечалось в разделе 3.2, динамика распространенности потребления табака в целом и различных форм табачных изделий среди мужчин и среди женщин имела одинаковое направление (снижение распространенности потребления табака в целом и курительного табака в частности, рост распространенности использования электронных сигарет), но при этом имела большую интенсивность среди мужчин.

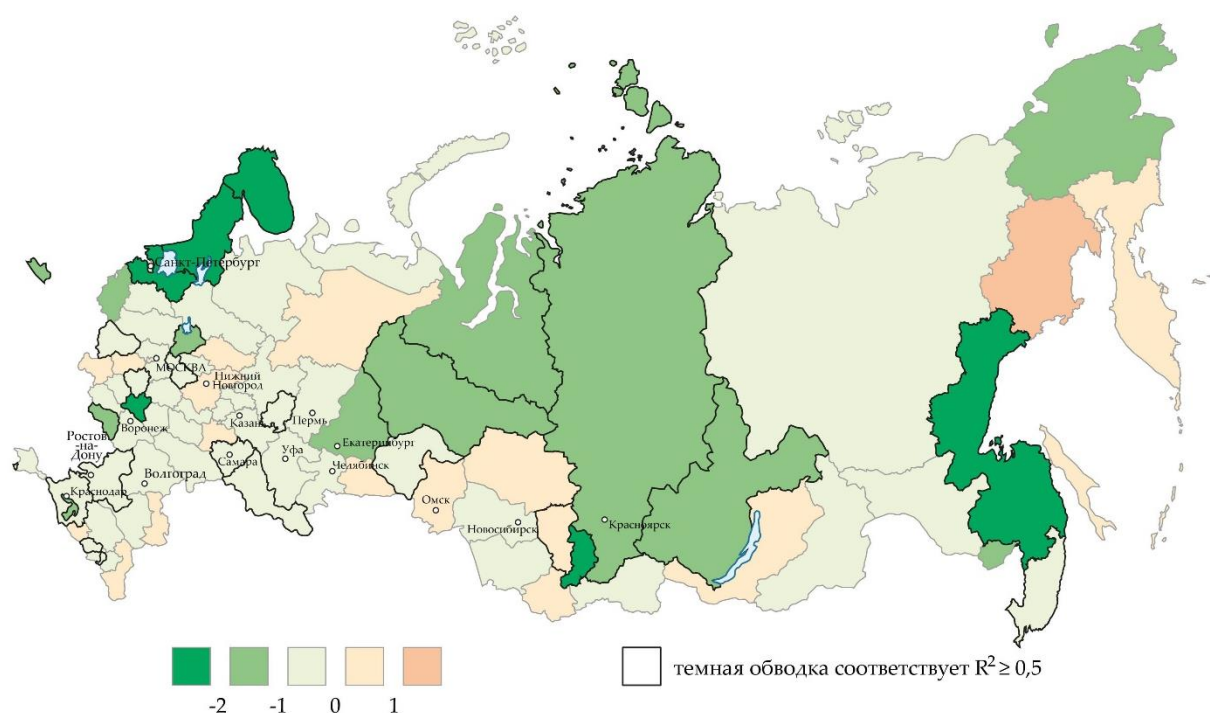
В региональном разрезе данные различия имели свои особенности (таблица 4). Число регионов с тем или иным характером динамики распространенности потребления табака в целом слабо разнилось в зависимости от пола. В случае с распространенностью потребления различных видов табачной продукции ситуация обстоит иначе. В большем числе регионов устойчивый рост распространенности потребления курительного табака наблюдался среди мужчин, тогда как устойчивый рост распространенности потребления электронных сигарет – среди женщин.

Таблица 4. Распределение общего числа регионов по характеру динамики показателей потребления табачной и никотинсодержащей продукции в разрезе пола, 2019-2022, число регионов

	Доля потребляющих любые виды табачной и никотинсодержащей продукции			Доля потребляющих курительный табак			Доля потребляющих электронные сигареты		
	уст. сниж.	уст. рост	отс. уст. тренда	уст. сниж.	уст. рост	отс. уст. тренда	уст. сниж.	уст. рост	отс. уст. тренда
Всего	31	3	51	39	2	44	1	75	9
Мужчины	18	7	60	24	6	55	1	63	21
Женщины	18	5	62	25	2	58	0	69	16

Среди женщин (рисунок 8) наибольшее снижение ($k = -3,61$) наблюдалось в Республике Хакасия, а также в Хабаровском крае и Ленинградской области ($k = -3,53$ и $-2,66$ соответственно). По сравнению с мужчинами устойчивое снижение наблюдалось в меньшем числе регионов Центрального федерального округа, а в Южном и Северо-Кавказском – наоборот, в большем. Устойчивый рост доли потребителей курительного табака среди женщин наблюдался только в Кемеровской области и г. Севастополе ($k = 0,74$ и $0,51$ соответственно).

Рисунок 8. Значения коэффициента k моделей, описывающих динамику распространности потребления курительного табака, по субъектам Российской Федерации, все взрослые женщины, 2019-2022

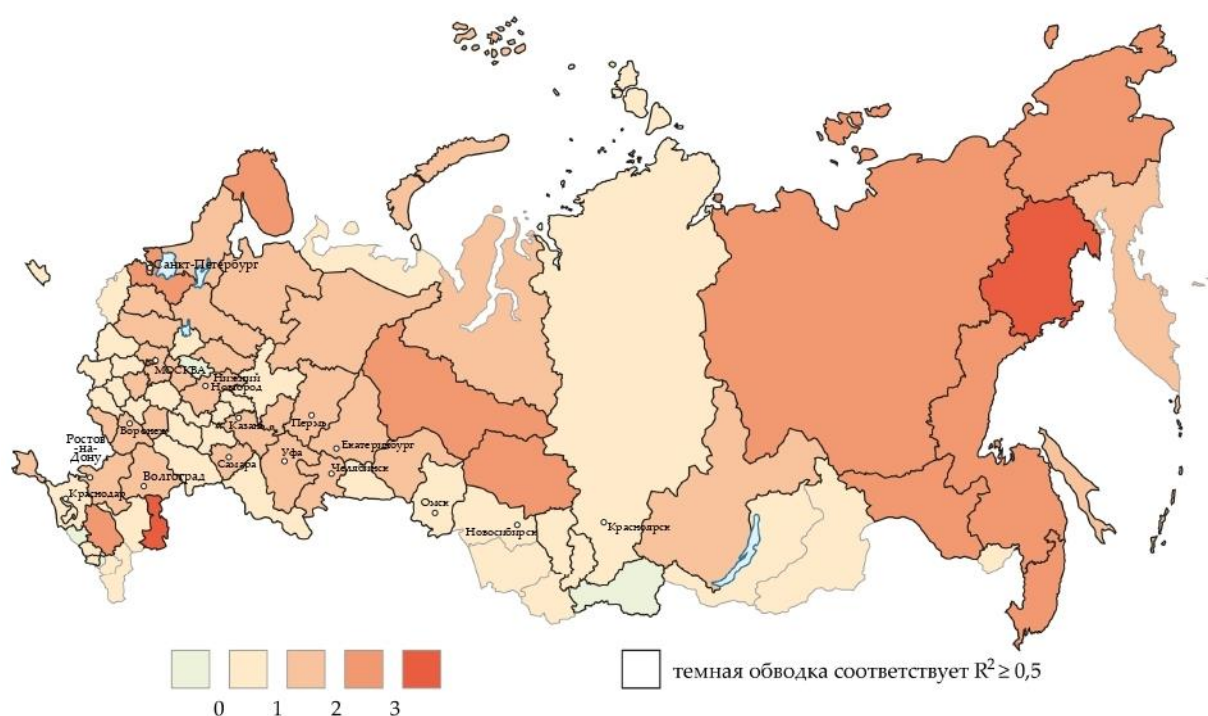


Источник: Расчеты авторов на основе данных Росстата (Росстат 2019; 2020; 2021; 2022а).

Примечание: г. Москва – $0,15$ ($R^2 = 0,26$), г. Санкт-Петербург – $-0,73$ ($R^2 = 0,18$), г. Севастополь – $0,51$ ($R^2 = 0,71$).

Устойчивая динамика распространенности потребления электронных сигарет среди мужчин (рисунок 9) отмечалась в большинстве регионов страны. Наибольшее по величине устойчивое увеличение доли мужчин, использующих электронные сигареты, наблюдалось в Магаданской области ($k = 3,06$), а также в Астраханской области и Ставропольском крае ($k = 3,02$ и $2,91$ соответственно). Отсутствие устойчивой динамики отмечено в республиках Северного Кавказа, а также в ряде регионов южной Сибири: Новосибирская область, Алтайский и Забайкальский края, республики Алтай и Бурятия.

Рисунок 9. Значения коэффициента k моделей, описывающих динамику распространенности потребления электронных сигарет, по субъектам Российской Федерации, все взрослые мужчины, 2019-2022

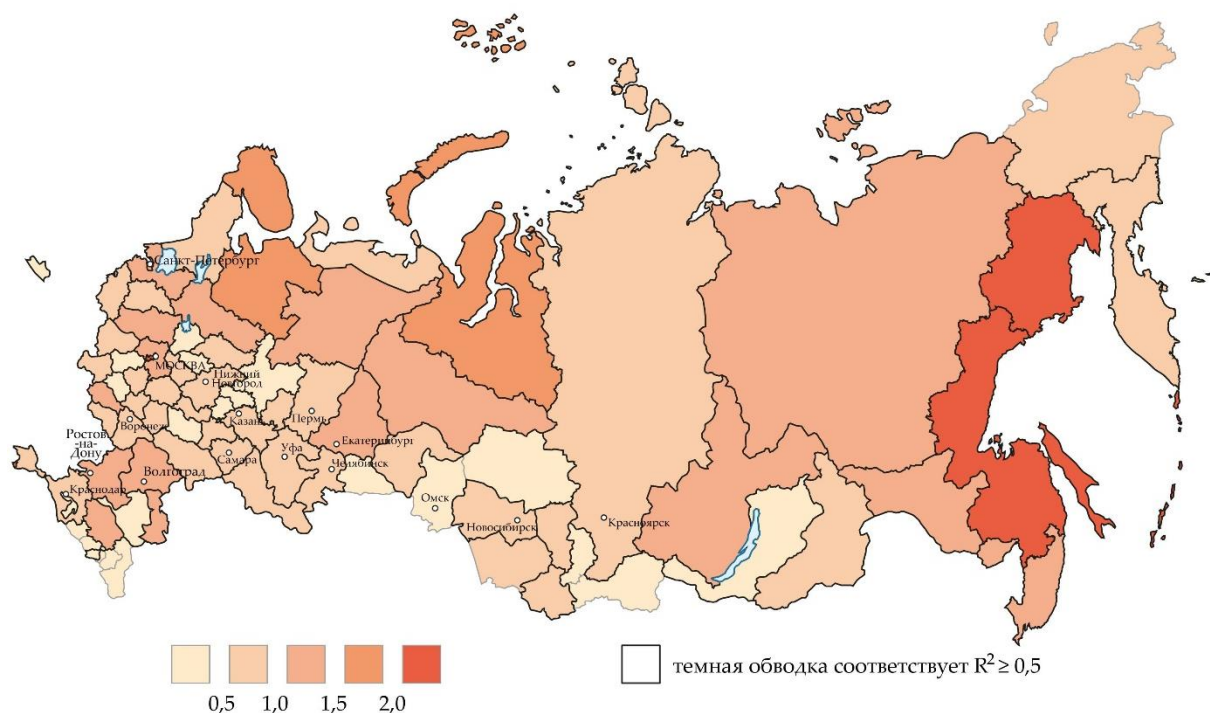


Источник: Расчеты авторов на основе данных Росстата (Росстат 2019; 2020; 2021; 2022a).

Примечание: г. Москва – $2,49$ ($R^2 = 0,91$), г. Санкт-Петербург – $2,00$ ($R^2 = 0,97$), г. Севастополь – $1,79$ ($R^2 = 0,95$).

Так же, как и среди мужчин, среди женщин доля пользующихся электронными сигаретами наибольшими темпами росла в Магаданской области ($k = 2,47$) (рисунок 10). С несколько меньшей скоростью она росла в соседних Хабаровском крае ($k = 2,44$) и Сахалинской области ($k = 2,02$), а также в городах Москве и Севастополе ($k = 2,08$ и $2,10$ соответственно). Отсутствие устойчивой динамики имело место на Северном Кавказе, а также в отдельных регионах в разных частях страны: Чукотский автономный округ, Республика Тыва, Калужская область и др.

Рисунок 10. Значения коэффициента k моделей, описывающих динамику распространности потребления электронных сигарет, по субъектам Российской Федерации, все взрослые женщины, 2019-2022



Источник: Расчеты авторов на основе данных Росстата (Росстат 2019; 2020; 2021; 2022a).

Примечание: г. Москва – $2,08$ ($R^2 = 0,98$), г. Санкт-Петербург – $1,22$ ($R^2 = 0,90$), г. Севастополь – $2,10$ ($R^2 = 0,95$).

Кроме того, необходимо отметить, что, если с курительным табаком общая динамика потребления в регионах России в основном была обусловлена изменением распространенности его потребления среди мужчин, то в случае с электронными сигаретами ситуация была несколько менее однородной. Так в ряде регионов темпы роста доли женщин, потребляющих электронные сигареты, были выше, чем среди мужчин. Это в особенности касается регионов Дальнего Востока, включая Забайкальский край, Республику Бурятия, Сахалинскую область, Еврейскую автономную область.

4. Обсуждение и выводы

4.1. Эффективность и ограничения подхода

В настоящем исследовании была произведена попытка оценки динамики распространенности потребления табачной и никотинсодержащей продукции среди взрослого населения России на основе данных Выборочного наблюдения состояния здоровья населения Росстата путем линейной аппроксимации динамического ряда рассчитанных показателей. Данный метод показал себя эффективным при рассмотрении населения России в целом и в разрезе отдельных возрастно-половых групп населения, а также на региональном уровне, хотя число регионов, в которых было возможно наблюдать устойчивую динамику, существенно разнилось в зависимости от показателя.

В этой связи необходимо принимать во внимание то, что направление динамики показателей не всегда бывает линейным и может меняться со временем (Johnston et al. 2023: 57), что приводит к ухудшению качества моделей. Применимость аппроксимации линейной функцией с целью отслеживания тенденций ограничена во времени: в данном исследовании – четырехлетний период. При рассмотрении более длительных периодов необходимо учитывать возможную смену направления динамики и использовать другие подходы к оценке долгосрочных трендов.

Также стоит отметить, что определенную проблему применения выборочных данных в целом представляет то, что при опросе некоторые респонденты по тем или иным причинам предпочитают скрывать от интервьюера то, что они курят (Hwag et al. 2018), из-за чего оценка распространенности потребления табачной и никотинсодержащей продукции среди отдельных групп населения может быть заниженной. Данный момент, однако, компенсируется тем, что в регулярных обследованиях Росстата сохраняется преемственность методологии. Это позволяет с достаточно высокой уверенностью утверждать, что отличия между данными, полученными в разные годы, являются отражением динамики, которая имеет место в реальном мире.

В данной работе не рассматривались причины изменений в распространенности потребления табака/никотина в России, однако необходимо отметить, что в исследуемый период произошло два значимых события, которые могли оказать влияние на потребление табака/никотина. Прежде всего, речь идет о внесении в 2020 г. дополнений в Федеральный закон №15-ФЗ от 23 февраля 2013 г. «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», включающих меры, направленные на снижение потребления никотинсодержащей продукции. После полного введения дополнительных мер в силу в начале 2021 г. нормы регулирования табака полностью распространились на регулирование никотинсодержащей продукции.

Кроме того, на распространенность потребления табака/никотина могла оказать пандемия COVID-19, в связи с которой в Российской Федерации были введены ограничительные меры с марта 2020 г. по июнь 2022 г. Анализ влияния пандемии на потребление табака/никотина в ряде стран, проведенный по доступным литературным данным, показал, что основной причиной увеличения потребления табака/никотина был психологический дистресс, возникший в ситуации пандемии и связанный со страхом заразиться, социальной изоляцией и неуверенностью в будущем (Салагай и др. 2022). Большинство исследователей отметили, что небольшое изменение в распространенности потребления табака/никотина наблюдалось в начале пандемии, однако она оказала

практически одинаковое влияние как на увеличение потребления табака/никотина, так и на отказ от их потребления.

Изучение влияния перечисленных причин на распространенность потребления табачной и никотинсодержащей продукции в Российской Федерации требует проведения дополнительных исследований.

4.2. Динамика распространенности потребления табака/никотина в 2019-2022 гг. в России

По результатам исследования можно сделать вывод, что на протяжении рассматриваемого периода имели место две противоположных по направлению тенденции, связанных с изменением как распространенности, так и структуры потребления табачной и никотинсодержащей продукции.

С одной стороны, распространенность потребления курительного табака достаточно быстро сокращалась (в среднем на 1,14% взрослого населения ежегодно). Это имело место во всех возрастных группах, но наиболее сильно проявилось среди представителей возрастных групп 30-34 года (на 1,17% ежегодно) и 55-59 лет (на 1,32%). Среди мужчин снижение было большим по величине, чем среди женщин (на 1,21% против 0,53%).

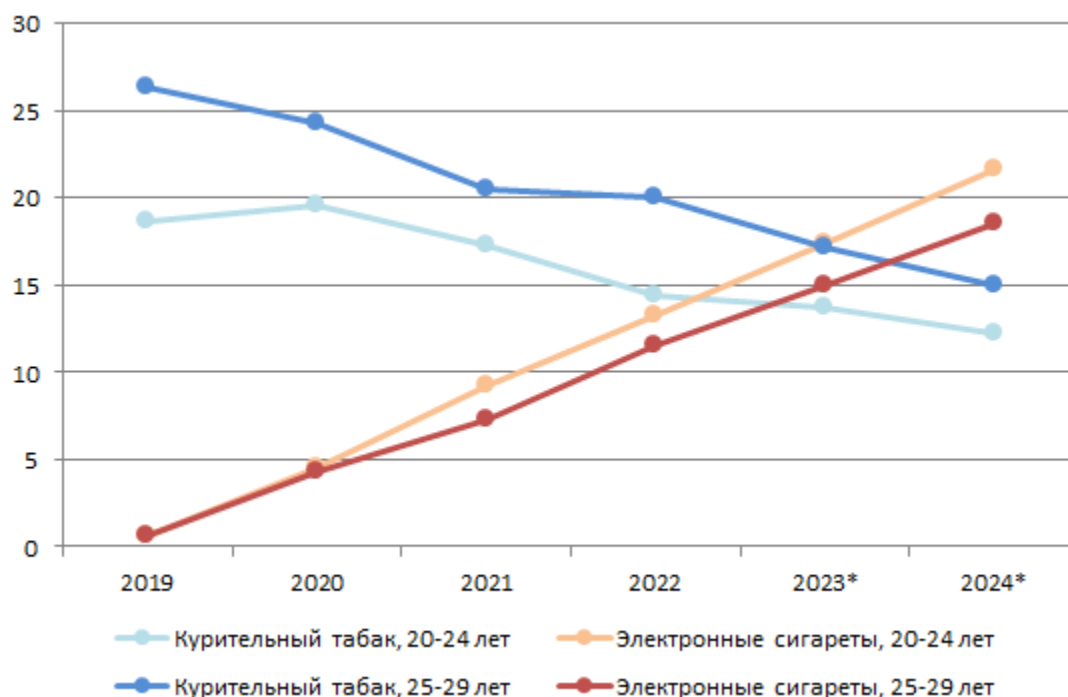
В целом устойчивое снижение доли потребляющих курительный табак отмечалось в 39 регионах. В 44 регионах устойчивой динамики в рассматриваемый период не наблюдалось. Только в двух регионах имел место устойчивый рост доли потребляющих табак – это Ненецкий АО и Кемеровская область.

С другой стороны, во всех группах населения росла распространенность потребления электронных сигарет (в среднем на 1,11% взрослого населения в год). Данная тенденция наблюдалась во всех возрастных группах, кроме населения в возрасте 70 лет и более. Наибольшую интенсивность она имела среди молодых групп населения: в среднем доля потребителей электронных сигарет ежегодно росла на 4,25% среди 20-24-летних и на 3,57% среди 25-29-летних. Интенсивность роста среди мужчин была выше, чем среди женщин, хотя и не настолько сильно, как в случае со снижением распространенности потребления курительного табака ($k = 1,38$ против 0,93). При этом в ряде регионов доля женщин, пользующихся электронными сигаретами, росла быстрее, чем таковая среди мужчин.

Устойчивый рост доли потребляющих электронные сигареты имел место в 75 субъектах РФ. Наибольший рост наблюдался в городах федерального значения Москва, Санкт-Петербург, Севастополь, на Дальнем Востоке (Хабаровский край, Магаданская и Сахалинская область) и некоторых территориях на юге европейской части страны (Астраханская область, Ставропольский край).

В результате устойчивого снижения распространенности потребления курительного табака и быстрого роста распространенности потребления электронных сигарет в молодых возрастных группах в 2022 г. в России в возрастной группе 15-19 лет доля потребителей курительного табака стала ниже доли потребителей электронных сигарет. При сохранении текущих трендов и отсутствии влияния иных факторов можно, используя рассчитанные в настоящем исследовании коэффициенты, предположить, что в ближайшие два года курительный табак также уступит позиции электронным сигаретам в возрастных группах 20-24 и 25-29 лет (рисунок 11).

Рисунок 11. Наблюдаемые и прогнозируемые (*) доли населения в возрасте 20-24 и 25-29 лет, потребляющего курительный табак и электронные сигареты, Российская Федерация, 2019-2024, %



Источник: Расчеты авторов на основе данных Росстата (Росстат 2019; 2020; 2021; 2022a).

Данная картина является отражением того, что электронные сигареты зачастую воспринимаются людьми как менее вредный и причиняющий неудобства продукт, чем обычные сигареты, в связи с чем нередко вместо способа отказаться от потребления табака/никотина в целом они становятся той формой, с которой человек начинает потребление табака, что особенно ярко наблюдается среди более молодых возрастов.

В целом на основе результатов настоящего исследования можно сделать вывод о том, что меры государственной политики, направленные на снижение потребления табака (в особенности принятые в 2013 г. Федеральным законом №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»), по-видимому, действительно привели к устойчивому ежегодному снижению распространенности потребления табачной продукции среди населения Российской Федерации с 39,1% в 2009 г. (Сахарова, Антонов, Салагай 2017) до 19,4% в 2022 г., что подтверждает результаты предыдущих исследований (Калабихина, Кузнецова 2019; Shkolnikov et al. 2020).

Появление на рынке в 2011-2018 гг. новых никотинсодержащих изделий (электронные сигареты и средства нагревания табака) вызвало бурный рост их потребления, особенно среди молодежи. В 2020 г. были внесены изменения и дополнения в Федеральный закон №15-ФЗ, которые распространили все нормы закона на никотинсодержащую продукцию, и закон получил новое название «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции». В связи с этим в ближайшие годы

можно ожидать замедления роста, а затем и снижения распространенности потребления никотинсодержащей продукции среди населения Российской Федерации.

Дальнейший мониторинг распространенности потребления табачной и никотинсодержащей продукции посредством примененной в рамках данного исследования методики позволит оценить, насколько эти ожидания оправдаются, а также выявить в процессе регионы и группы населения, ситуация в которых требует реализации адресных мер.

Литература

- Андреев Е.М. (1979). Продолжительность жизни в СССР: дифференциальный анализ. М. Андреев (Ред.), *Продолжительность жизни: анализ и моделирование*. (с. 7-31). Москва: Статистика.
- Гамбарян М.Г., Драпкина О.М. (2018). Распространенность потребления табака в России: динамика и тенденции. Анализ результатов глобальных и национальных опросов. *Профилактическая медицина*, 21(5), 45. <https://doi.org/10.17116/profmed20182105145>
- Герасименко Н.Ф., Заридзе Д.Г., Сахарова Г.М. (2007). *Здоровье или табак: цифры и факты*. Москва: УП-Принт.
- Калабихина И.Е., Кузнецова П.О. (2019). Гендерные аспекты табачной эпидемии в России. *Журнал Новой экономической ассоциации*, 4(4), 143-162.
- Калабихина И.Е., Кузнецова П.О., Тикунов В.С., Черешня О.Ю. (2021). Смертность, ассоциированная с курением, в регионах России. *Вестник Московского университета. Серия 5. География*, 6, 13-26.
- Кузнецова П.О. (2019). Курение как фактор сокращения ожидаемой продолжительности жизни в России. *Демографическое обозрение*, 6(3), 31-57. <https://doi.org/10.17323/demreview.v6i3.9854>
- Масленникова Г.Я., Оганов Р.Г. (2011). Медицинский и социально-экономический ущерб, обусловленный курением табака в Российской Федерации: болезни системы кровообращения. *Профилактическая медицина*, 14(3), 19-27.
- Росстат (2019). База микроданных выборочного наблюдения состояния здоровья населения 2019 г. [база данных]. Получено по запросу.
- Росстат (2020). База микроданных выборочного наблюдения состояния здоровья населения 2020 г. [база данных]. Получено по запросу.
- Росстат (2021). База микроданных выборочного наблюдения состояния здоровья населения 2021 г. [база данных]. Получено по запросу.
- Росстат (2022a). База микроданных выборочного наблюдения состояния здоровья населения 2022 г. [база данных]. Получено по запросу.
- Росстат (2022b). Основные методологические и организационные положения Выборочного федерального статистического наблюдения состояния здоровья населения. https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/zdor22/PublishSite_2022/files/ОМОП_2022.pdf

- Салагай О.О., Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Никитина С.Ю., Стадник Н.М., Стародубов В.И. (2023а). Оценка распространенности поведенческих факторов риска и их влияния на здоровье взрослого населения в Российской Федерации. *Вопросы статистики*, 30(2), 72–86. <https://doi.org/10.34023/2313-6383-2023-30-2-72-86>
- Салагай О.О., Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Стадник Н.М. (2022). Пандемия Covid-19 и потребления табачной и никотинсодержащей продукции: обзор литературы. *Общественное здоровье*, 2(2), 29–39. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2022-2-2-29-39>
- Салагай О.О., Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Шахзадова А.О. (2023b). Анализ динамики распространенности табакокурения и заболеваемости злокачественными новообразованиями в Российской Федерации в 2011–2021 гг. *Общественное здоровье*, 3(3), 4–13. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2023-3-3-4-13>
- Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Салагай О.О. (2017). Мониторинг распространенности потребления табака в Российской Федерации: Глобальный опрос взрослого населения в 2009 и 2016. *Медицина*, 2(18), 64–72.
- Школьников В.М. (1987). Географические факторы продолжительности жизни. *Известия АН СССР. Серия Географическая*, 12(3), 35–44.
- Ezzati M., Henley J., Thun M.J., Lopez A.D. (2005a). Role of Smoking in Global and Regional Cardiovascular Mortality. *Circulation*, 112(4), 489–497. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.104.521708>
- Ezzati M., Henley S.J., Lopez A.D., Thun M.J. (2005b). Role of smoking in global and regional cancer epidemiology: Current patterns and data needs. *International journal of cancer*, 116(6), 963–971. <https://doi.org/10.1002/ijc.21100>
- Hwang J., Kim J., Lee D., Jung H. (2018). Underestimation of Self-Reported Smoking Prevalence in Korean Adolescents: Evidence from Gold Standard by Combined Method. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 15(4), 689. <https://doi.org/10.3390%2Fijerph15040689>
- Jha P., Ramasundarahettige C., Landsman V., Rostron B., Thun M., Anderson R.N., McAfee T., Peto R. (2013). 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the united states. *New England Journal of Medicine*, 368(4), 341–350. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1211128>
- Johnston L.D., Miech R.A., O'Malley P.M., Bachman J.G., Schulenberg J.E., Patrick M.E. (2023). *Monitoring the Future national survey results on drug use 1975–2022: Overview, key findings on adolescent drug use*. Ann Arbor: Institute for Social Research, University of Michigan.
- Kim D., Chen C., Tysinger B., Park S., Chong M.Z., Wang L., Zhao M., Yuan J., Koh W., Yoong J., Bhattacharya J., Eggleston K. (2021). Smoking, life expectancy, and chronic disease in South Korea, Singapore, and the United States: A microsimulation model. *Health Economics*, 30(S1), 92–104. <https://doi.org/10.1002/hec.3978>
- Oza S., Thun M., Henley J., Lopez A., Ezzati M. (2011). How many deaths are attributable to smoking in the United States? Comparison of methods for estimating smoking-attributable mortality when smoking prevalence changes. *Preventive Medicine*, 52(6), 428–433. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.04.007>

- Ozili P.K. (2022). The Acceptable R-Square in Empirical Modelling for Social Science Research. *Social Research Methodology and Publishing Results*.
<https://www.doi.org/10.2139/ssrn.4128165>
- Perlman F., Bobak M., Gilmore A.B., McKee M. (2007). Trends in the prevalence of smoking in Russia during the transition to a market economy. *Tobacco Control*, 16(5), 299-305.
<https://dx.doi.org/10.1136%2Ftc.2006.019455>
- Quirmbach D., Gerry C. (2016). Gender, education and Russia's tobacco epidemic: A life-course approach. *Social Science & Medicine*, 160, 54-66.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.05.008>
- Reep-van den Bergh C.M.M., Harteloh P.P.M., Croes E.A. (2017). Doodsoorzaak nr. 1 bij jonge Nederlanders: de sigaret. *Ned. Tijdschr. Geneeskde*, 161, D1991.
- Shchur A., Shkolnikov V., Timonin S., Andreev E. M., Leon D. (2021). Where Do People Live Longer in Russia in the 21st century? Life Expectancy across Urban and Rural areas. *Population and Development Review*, 47(4), 11049-1074.
- Shkolnikov V., Churilova E., Jdanov D., Shalnova S., Nilssen O., Kudryavtsev A., Cook S., Malyutina S., McKee M., Leon D. A. (2020). Time trends in smoking in Russia in the light of recent tobacco control measures: synthesis of evidence from multiple sources. *BMC Public Health*, 20(378), 1-11.
- Thun M.J., Apicella L.F., Henley S.J. (2000). Smoking vs Other Risk Factors as the Cause of Smoking-Attributable Deaths: Confounding in the Courtroom. *JAMA*, 284(6), 706-712.
<https://doi.org/10.1001/jama.284.6.706>
- World Health Organization (2017). *Governments commit to reduce suffering and deaths from noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news/item/18-10-2017-governments-commit-to-reduce-suffering-and-deaths-from-noncommunicable-diseases>
- World Health Organization (2023). *Tobacco Fact Sheets*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

**Социально-экономические
риски стигматизации
ВИЧ-инфицированных на
примере студенческой
молодёжи**

Юлия Александровна Коршунова
(iakorshunova@edu.hse.ru), Национальный
исследовательский университет «Высшая
школа экономики», Россия.

**Socio-economic risks of
the stigmatization of
HIV-positives an example
from the lives of
students**

Yulia Korshunova
(iakorshunova@edu.hse.ru),
HSE University, Russia.

Резюме: В данной статье рассматривается феномен стигматизации людей, живущих с ВИЧ, и его социально-экономические риски на примере студенческой молодёжи. Автором были проведены глубинные интервью среди студентов медицинских и не медицинских российских вузов и полуструктурированный экспертный опрос. В результате глубинных интервью были выявлены стигматизирующие установки у студенческой молодёжи по отношению к людям с ВИЧ-позитивным статусом, а также проанализирована информированность студентов в области заболевания. В исследовательской работе проведено сравнение студентов медицинских и не медицинских направлений обучения. По итогам экспертного опроса была оценена эффективность мер по борьбе со стигматизацией ВИЧ в России: информирование населения по вопросам ВИЧ органами здравоохранения, средствами массовой информации; информирование детей в школах; проведение различных научных исследований по вопросам ВИЧ; международное сотрудничество и обмен информацией в рамках борьбы с ВИЧ; защита людей с ВИЧ от дискриминации на законодательном уровне. Эксперты оценили необходимость внедрения дополнительных мер, реализуемых в зарубежных странах. Были разработаны практические рекомендации по снижению социально-экономических рисков от стигматизации ВИЧ-инфицированных для Министерства просвещения, Министерства здравоохранения, Федерального собрания.

Ключевые слова: ВИЧ, стигма, социально-экономические риски, стигматизирующие установки, информированность в области ВИЧ.

Благодарности: Автор выражает признательность Фонду по профилактике социально-значимых заболеваний «Шаги» за помощь в проведении экспертного опроса при проведении настоящего исследования.

Для цитирования: Коршунова Ю.А. (2024). Социально-экономические риски стигматизации ВИЧ-инфицированных на примере студенческой молодёжи. Демографическое обозрение, 11(1), 61-80. <https://doi.org/10.17323/demreview.v11i1.20932>.

Abstract: This article considers the phenomenon of the stigmatization of HIV-positives and its socio-economic risks by examining the cases from the lives of students. The author conducted in-depth interviews among students of both medical and non-medical Russian universities and a semi-structured expert survey. The results of the in-depth interviews revealed stigmatizing attitudes towards HIV-positive people among students as well as the level of HIV awareness among them, which was analyzed by the author. The research provides a comparison between the results of students from medical and non-medical universities. Based on the results of an expert survey, the effectiveness of the following measures to combat HIV stigma in Russia was assessed: informing the population on HIV related issues via the health organizations and the mass media; providing information about HIV to children at schools; conducting research on HIV related topics; international cooperation and information exchange to combat HIV; protecting people with HIV from discrimination at the legislative level. The experts determine the necessity of additional measures implemented in foreign countries. Practical recommendations for the Ministry of Education, the Ministry of Health, and the Federal Assembly were developed to reduce socio-economic risks from the stigmatization of HIV-positives.

Keywords: HIV, stigma, socio-economic risks, stigmatizing attitudes, HIV awareness.

Acknowledgments: The author expresses gratitude to the Foundation for the prevention of socially significant diseases for assistance in conducting an expert survey during the conduct of this study.

For citation: Korshunova Y. (2024). Socio-economic risks of the stigmatization of HIV-positive persons using the example of college students. Demographic Review, 11(1), 61-80. <https://doi.org/10.17323/demreview.v11i1.20932>.

Введение

На сегодняшний день в России проживает более одного миллиона ста тысяч человек с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора), это сопоставимо с населением крупного города России, например, такого как Ростов-на-Дону, или даже с населением целой страны, такой как Эстония. По словам Заместителя председателя Правительства РФ, случаи заболевания ВИЧ зафиксированы абсолютно во всех регионах нашей страны. По данным Роспотребнадзора, вирус иммунодефицита человека в нынешнее время является одним из наиболее распространенных инфекционных заболеваний в России. Ситуация с распространением этого заболевания в России характеризуется рядом исследователей как эпидемия. Более того, по росту числа зафиксированных новых случаев ВИЧ Россия вошла в первую пятерку в мире наряду с африканскими странами: Южной Африкой, Республикой Мозамбик, Нигерией¹.

Распространение ВИЧ сопровождается множеством демографических последствий, начиная от приращения уровня смертности и уменьшения рождаемости в стране, заканчивая снижением туристической и миграционной привлекательности России для жителей других стран.

Распространение ВИЧ в России снижает продолжительность жизни населения в среднем на 0,31 года (НИФИ Минфина России 2020). Так, в 2022 г. от болезней, вызванных вирусом иммунодефицита человека, умерло 15 804 человек (Росстат 2022).

Помимо этого, распространение ВИЧ приводит к снижению численности женщин репродуктивного возраста и сокращению рождаемости среди ВИЧ-инфицированных граждан. Благодаря своевременным профилактическим мерам, антиретровирусной терапии в частности, в 95% случаях у матерей с диагнозом ВИЧ рождаются дети без ВИЧ-инфекции². Несмотря на это, женщины, живущие с ВИЧ, менее склонны заводить детей. Так, по подсчётам НИФИ Минфина РФ, в 2018 г. распространение ВИЧ-инфекции привело к сокращению рождаемости в России на 6 223 человека. А естественный прирост населения при условии отсутствия ВИЧ-инфекции в этом же году оказался бы на 26 660 человек выше, чем было фактически достигнуто³.

Стигматизация ВИЧ создаёт «плодородную» среду для распространения заболевания, а также усиливает негативные последствия этого явления. Табуирование темы ВИЧ ведёт к неосведомленности населения о рисках заболевания, создаёт препятствия в профилактике инфекции, а стигматизация самих ВИЧ-инфицированных ведёт к дискриминации и создаёт сложности в предоставлении необходимого ухода и лечения больных ВИЧ.

¹ «России нашли место в первой пятерке» (2022). *Коммерсантъ*, 7 декабря.
<https://www.kommersant.ru/doc/5707330>

² Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом (2021). *Последние эпидемиологические данные по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации* (по состоянию на 31.12.2021).
<http://www.hivrussia.info/>

³ Методика проведения оценки социального бремени ВИЧ состояла в пересчете ряда демографических показателей в гипотетическом сценарии отсутствия ВИЧ-инфекции. Разница между фактическими значениями показателей в 2018 г. и оценкой, рассчитанной для 2018 г., в случае отсутствия в Российской Федерации ВИЧ-инфекции являлась социальным бременем заболевания.

В свою очередь распространение ВИЧ наносит огромный ущерб экономике России: Роспотребнадзор оценил потери в 225,5 млрд руб. в год ⁴. Такие потери включают прямые затраты государственного бюджета на лечение больных (предоставление антиретровирусной терапии, обследования и иная медицинская помощь в связи с ВИЧ), выплату пенсий по инвалидности, полученной в виду данного заболевания, а также косвенные потери из-за преждевременной смертности населения. Таким образом, стигматизация ВИЧ-инфицированных ведёт к различным социально-экономическим и демографическим рискам для общества.

В связи со всем вышеперечисленным возникает проблемное противоречие: с одной стороны, Правительство РФ принимает определённые меры по борьбе с распространением ВИЧ в России (предоставление антиретровирусной терапии больным, проведение тестирования на ВИЧ и др.) ⁵, с другой стороны, существующая в обществе стигматизация ВИЧ препятствует эффективному действию этих мер.

Целью исследования было выявить социально-экономические риски стигматизации ВИЧ-инфицированных в России и разработать практические рекомендации для организаций, занимающихся проблематикой ВИЧ, направленные на преодоление стигматизации ВИЧ-инфицированных.

Обзор литературы

Проблематика социальной стигматизации ВИЧ-инфицированных и отдельно социальных, экономических и демографических последствий распространения ВИЧ в научном пространстве представлена в работах российских и зарубежных исследователей. Ученые исследуют как последствия от ВИЧ для общества (Савина, Лукманов, Землянова 2023), так и вклад существующей стигматизации в распространение заболевания ⁶. Отдельно рассматриваются социальные-экономические риски от ВИЧ (Редько и др. 2023), демографические последствия (Куклин и др. 2019) и медицинские аспекты распространения данного вируса (Сергевнин и др. 2022).

Сравнение отношения к людям, живущим с ВИЧ, среди людей с медицинским образованием и без него встречается в исследовании В.В. Беляевой, М.М. Адигамова, Е.В. Соколовой (2018), результаты которого показали меньшую склонность сотрудников с медицинским образованием стигматизировать женщин и детей с ВИЧ. Однако в различных исследованиях так же встречается тезис о том, что стигматизация людей с ВИЧ существует в медицинских учреждениях и осуществляется работниками соответствующих организаций. Такое явление описано в работе О.В. Тюсовой, М.В. Ветровой, Е.А. Блохиной и соавторов (Тюсова и др. 2019).

Данное исследование ставит перед собой задачу сравнить стигматизирующие установки по отношению к ВИЧ-инфицированным среди студентов медицинских и не

⁴ «Государственный доклад О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2020 году».

https://www.rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=18266

⁵ Распоряжение Правительства РФ от 21 декабря 2020 г. №3468-р «О Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2030 г.»

⁶ Андреев Е., Тимонин С. (2017). Почему смертность от ВИЧ не снижается.

Научно-образовательный портал IQ, 26 мая. <https://iq.hse.ru/news/206170088.html>

медицинских направлений, а также выявить социально-экономические риски от стигматизации людей с диагнозом ВИЧ и данной темы в целом. По итогам исследования была разработана авторская классификация данных рисков.

Методология

В качестве первичных источников социологической информации в работе использованы результаты авторского исследования с применением методов глубинного интервью и полуструктурированного экспертного опроса. Глубинные интервью проведены среди 30 студентов России (15 учащихся медицинских направлений и 15 – немедицинских), поскольку научная осведомленность о проблеме может оказывать влияние на восприятие объекта. Экспертное полуструктурированное интервью проведено среди 7 экспертов, занимающихся исследовательской и практической работой по проблематике ВИЧ. Критерий отбора экспертов: опыт работы непосредственно с ВИЧ-инфицированными не менее 2 лет в сфере здравоохранения или оказания помощи ВИЧ-инфицированным, высокая оценка экспертом собственной компетентности в области ВИЧ.

Информанты для глубинных интервью были отобраны методом типичного представителя (типичными представителями являются студенты медицинских и немедицинских направлений, обучающиеся на программах бакалавриата и специалитета не младше 2 курса). Выборка составила 30 человек: 15 студентов медицинских направлений (8 женщин, 7 мужчин) из РНИИУ имени Пирогова, КГМУ, Сеченовского университета, МГМСУ имени Евдокимова; 15 – немедицинских направлений (7 женщин, 8 мужчин) из Финансового университета при Правительстве РФ, МПГУ, МАИ, МИРЭА.

С помощью шкалы Э. Богардуса изучена приемлемая социальная дистанция во взаимодействии информантов с ВИЧ-инфицированными. Шкала Э. Богардуса измеряет социальную дистанцию между социальными группами, раскрывая установки одной группы по отношению к другой. Информантам задаются вопросы о допустимости взаимодействия с какой-либо социальной группой на разных социальных уровнях: в публичном пространстве, в социальном (например, профессиональном), в дружеском и интимном. Так определяется та возможная социальная дистанция, на которую готовы идти представители одной социальной группы по отношению к другой. С помощью теории Ю.С. Смирновой о шести типах стигматизирующих установок (Смирнова 2010) выявлены установки опрашиваемых по отношению к людям с ВИЧ-положительным статусом. Ю.С. Смирнова выделяет следующие типы стигматизирующих установок: враждебное отношение, жалость и сочувствие, позитивная установка, негативная установка на пассивность, интернальная атрибуция, экстернальная атрибуция.

Результаты

Типология стигматизирующих установок в отношении ВИЧ-инфицированных

В ходе глубинных интервью были выявлены некоторые типы стигматизирующих установок по классификации Ю.С. Смирновой. Среди студентов немедицинских направлений это враждебное отношение, интернальная атрибуция (установка о человеке как о попавшем в своё неблагоприятное положение по собственной вине), жалость и сочувствие. Среди студентов-медиков – интернальная атрибуция, жалость и сочувствие.

Враждебное отношение проявлялось в высказываниях некоторых опрашиваемых немедицинских специальностей. Приведем наиболее типичные рассуждения информантов на этот счет:

«Когда думаешь об этом (о ВИЧ), представляешь что-то мерзкое, грязное: наркотики, незащищённый секс» (муж., немедицинский вуз, 3 курс);

«(ВИЧ-инфицированный) ведёт асоциальный образ жизни» (жен., немедицинский вуз, 3 курс).

Интернальная атрибуция прослеживалась в обеих группах: как среди студентов-немедиков, так и среди учащихся медицинских направлений в таких высказываниях респондентов, как:

«(ВИЧ-инфицированные) это люди, которые не очень заботятся о своём здоровье» (жен., немедицинский вуз, 4 курс);

«Те, кто заразился, потому что не соблюдали ничего (способы предохранения), мне их не жалко» (муж., немедицинский вуз, 3 курс).

Также часто проявлялась установка жалости и сочувствия с негативным проявлением:

«Я была бы к такому человеку более лояльной» (жен., немедицинский вуз, 3 курс);

«Мне будет его жаль, потому что я знаю, что заболевание не лечится» (жен., медицинский вуз, 3 курс).

Различные стигматизирующие установки, предубеждения и стереотипы становятся преградой для общения с людьми с ВИЧ-положительным статусом. Для выявления допустимой социальной дистанции между респондентами и людьми с ВИЧ была использована шкала Э. Богардуса. Информантам были заданы вопросы об их возможности взаимодействовать с ВИЧ-инфицированным на уровне публичного пространства, социального, на уровне дружеских отношений и, в конечном счёте, на уровне интимных/романтических отношений (Приложение П1).

Так, на уровне публичного пространства (встречи на улице, в общественном транспорте) никаких барьеров не возникает.

На уровне деловых отношений (общение по работе, учёбе) начинают возникать некоторые препятствия. На вопрос: «Изменилось ли бы и как Ваше отношение к коллеге по работе или учёбе, если бы Вы узнали, что у него ВИЧ», – некоторые информанты давали такие ответы:

«Пить после него я бы побаивался» (муж., немедицинский вуз, 3 курс);

«Я бы относилась к нему с большей настороженностью» (жен., немедицинский вуз, 4 курс).

На уровне дружеских отношений так же возникают преграды:

«Очень долго я бы держал дистанцию» (муж., немедицинский вуз, 3 курс);

«Смотря откуда он ВИЧ схватил, если он наркоман, я б не стала с таким человеком общаться» (жен., медицинский вуз, 2 курс).

Самый большой коммуникативный блок возникает на уровне интимных, романтических отношений. На вопрос: «Смогли бы Вы вступить в романтические/интимные отношения с человеком со статусом ВИЧ?», – информанты отвечали следующее:

«Я бы не вступил с этим человеком в отношения, потому что это накладывает на тебя определённые обязательства» (муж., немедицинский вуз, 3 курс);

«Если я заражусь, то для меня это лишение работы» (жен., медицинский вуз, 4 курс).

Основными опасениями, которые препятствуют взаимоотношениям с ВИЧ-положительными людьми в романтическом ключе, являются: риски заразиться ВИЧ; страх лишних обязательств; сложности с гигиеной, профилактикой; возможность передачи вируса потенциальному ребёнку; страх лишиться работы врачом.

Также было выявлено, что студенты медицинских направлений гораздо чаще отвечали положительно на вопросы о возможных романтических взаимоотношениях с ВИЧ-инфицированными. Студенты немедицинских направлений такой возможности почти не допускали.

Анализ информированности студенческой молодежи в области ВИЧ-инфекции

После выяснения отношения студентов к ВИЧ-инфицированным им были заданы 11 вопросов на знания в области ВИЧ (Приложение П1).

В среднем студенты медицинских вузов отвечали верно на 9 вопросов из 11. Основные ошибки касались незнания об антиретровирусной терапии, её возможности подавлять вирус в крови больного до неопределяемой вирусной нагрузки, что делает ВИЧ-инфицированного незаразным для окружающих. Также часто информанты не знали о постконтактной профилактике ВИЧ, позволяющей человеку, контактировавшему с ВИЧ-положительным, принять определённые медикаменты в течение 75 часов и избежать заражения вирусом. Среди студентов-медиков сомнения вызывал также вопрос о возможности/невозможности заражения ВИЧ от укуса комара.

Студенты немедицинских направлений в среднем отвечали правильно на 5-6 вопросов из перечня. В ответах встречались следующие заблуждения относительно передачи ВИЧ и жизни с этим заболеванием:

«В школе рассказывали, только что наркоманы могут заразиться, про другие способы заражения не рассказывали»;

«Это передаётся, кажется, через слюну»;

«Я не знаю, передаётся ли ВИЧ половым путём»;

«Думаю, что женщины с ВИЧ, которые рожают здоровых детей, это скорее исключение».

Среди студентов медицинских специальностей был выявлен более высокий уровень информированности в области ВИЧ, меньшее количество стигматизирующих установок по отношению к людям с ВИЧ-положительным статусом и большая готовность вступать в социальные отношения с данной категорией людей. Среди студентов немедицинских

направлений напротив – меньший уровень информированности, большее количество стигматизирующих установок, в частности установка враждебного отношения, и меньшая готовность вступать в отношения с ВИЧ-инфицированными.

Мы предполагаем, что информированность людей о ВИЧ влияет на их отношение к людям с данным статусом. Чем выше осведомлённость о способах передачи вируса, о достижениях медицины в данной области, о возможной терапии для ВИЧ-инфицированных, о способах профилактики заболевания, тем меньше страха по отношению к людям с ВИЧ.

После вопросов об информированности респондентам были даны верные ответы. Целью данного этапа было зафиксировать уровень знаний информанта на счёт ВИЧ, а затем увеличить количество информации, имеющейся у опрашиваемого на данный счёт, чтобы узнать, поменяется ли мнение информанта о ВИЧ-инфицированных после изменения его уровня знаний в данной теме.

Опрашиваемым был задан вопрос: изменилось ли их мнение о ВИЧ-инфицированных после данной им информации. Некоторые ответили, что их мнение не изменилось ни в лучшую, ни в худшую сторону, а некоторые дали такие ответы:

«Оказывается, ВИЧ-инфицированные могут жить полноценной жизнью» (муж., немедицинский вуз, 4 курс);

«Я меньше бояться стала» (жен., немедицинский вуз, 3 курс).

Так, после информирования респондентов их мнение либо улучшилось, либо осталось на том же уровне. Распространение информации дало положительные эффект.

Более того, на вопрос: «Что нужно сделать, чтобы люди относились к ВИЧ-инфицированным лучше?», – абсолютно все опрашиваемые отметили значимость информирования.

Неодобрительное отношение к ВИЧ-инфицированным и отсутствие знаний в данной теме в некоторых случаях приводит к следующим негативным последствиям.

Во-первых, в сознании индивида ВИЧ ассоциируется с болезнью наркоманов и с людьми, ведущими беспорядочные половые связи. Такие установки были выявлены в ходе исследования. Так, некоторые информанты считают, что ВИЧ их не коснётся, потому что они не ведут вышеназванный образ жизни:

«(ВИЧ-инфицированные) со всеми подряд <...> Не собираюсь сдавать тест. Нет таких условий, в которых, как мне кажется, я могу заразиться» (муж., немедицинский вуз, 3 курс).

Во-вторых, люди могут бояться сдавать анализы или сдавать их не анонимно, потому что окружающие могут начать относиться к ним хуже. Некоторые информанты высказали своё мнение об этом:

«Не сдавала никогда (тест на ВИЧ) <...> Как-то страшно, что что-то выявят» (жен., немедицинский вуз, 3 курс).

Данное отношение студентов к проблематике ВИЧ ведет к риску распространения ВИЧ из-за отсутствия профилактики.

Практические рекомендации по снижению социально-экономических рисков стигматизации ВИЧ-инфицированных

Для разработки практических рекомендаций были привлечены эксперты в области ВИЧ (Приложения П2, П3).

Большинство экспертов оценивают нынешнюю ситуацию по вопросу ВИЧ как эпидемию:

«Да, мы можем говорить о том, что есть эпидемия, она не просто есть, она уже стала генерализованной, она вышла за пределы каких-то особых групп», – А.В. Покровская, научный сотрудник Федерального Центра СПИД.

Одной из причин распространения ВИЧ является отсутствие своевременного тестирования и профилактики. По мнению экспертов, ощутимым препятствием для проведения успешных мер по профилактике ВИЧ является существующая стигматизация темы ВИЧ и людей, живущих с этим вирусом:

«Если человек открыто говорит о своем ВИЧ-статусе и терапии, которую он принимает, очень многие врачи начинают бояться: используют двое перчаток, отказываются оказывать помощь или завышают стоимость в связи с рисками; видя, как относятся к людям с ВИЧ, человек с диагнозом может не пойти к врачу, скрывать свой статус, отрицать заболевание, а это в дальнейшем приводит к снижению трудоспособности человека, его уровень жизни падает, он меньше платит налогов государству», – Андрей Петров, специалист по социальной работе Фонда «Шаги».

В рамках данной научно-исследовательской работы была разработана авторская классификация социально-экономических рисков стигматизации ВИЧ-инфицированных на основе обобщения источников, посвященных проблематике стигматизации людей, живущих с ВИЧ, а также по результатам экспертного опроса.

– Риски для рынка труда

ВИЧ-положительный статус порой оказывается причиной для отказа человеку в работе, а также причиной для дистанцирования от сотрудника его коллегами. Люди, живущие с ВИЧ, вынуждены скрывать свой статус, чтобы не подвергнуться дискриминации и социальной изоляции:

«Жалуются пациенты, как им сдать анализы для медицинской книжки на работу, чтобы не узнал работодатель о ВИЧ-статусе, некоторых с работы выгоняют», – Дилшод Каримов, специалист по работе с мигрантами Фонда «Шаги».

– Демографические риски

Людам с ВИЧ труднее найти человека, готового вступить с ними в романтические отношения. Индивиды склонны дистанцироваться от людей с диагнозом ВИЧ, они опасаются за своё здоровье и здоровье потенциальных детей, а также не хотят брать на себя «лишние» обязанности. Такое отношение к людям с ВИЧ приводит к риску уменьшения потенциальных семей.

В подтверждение приведём высказывания некоторых студентов по итогам глубинных интервью:

«Я бы не вступил с этим человеком в отношения, потому что это накладывает на тебя определённые обязательства» (муж., немедицинский вуз, 3 курс);

«Не хочу, чтобы у моего ребёнка было что-то со здоровьем» (жен., немедицинский вуз, 3 курс).

– Риски для системы здравоохранения

Табуирование темы ВИЧ ведёт к неосведомлённости населения в вопросах заболевания, способах заражения и мерах профилактики. Люди не осознают возможные риски и не предпринимают необходимые меры для защиты здоровья.

Стигматизация самих людей с ВИЧ провоцирует их скрывать свой статус, не обращаться за помощью:

«Люди боятся, что к ним будут плохо относиться, и не идут обследоваться», – А.В. Покровская, научный сотрудник Федерального Центра СПИД.

Стереотипизация людей, живущих с ВИЧ, и восприятие данной группы как девиантов, ведущих безнравственный образ жизни, также ведёт к неадекватному восприятию риска заражения людей. В их представлении, если они не ведут аморальный образ жизни, то и заразиться ВИЧ не могут:

«Стигма делает молодёжь безучастной: это про “меня не касается”», – Е.В. Пойлова, специалист по связям с общественностью Центра СПИД СПб.

Стигматизация в медицинских учреждениях является отдельной проблемой, о которой говорят эксперты. Порой врачи отказывают в лечении людям, узнавая об их ВИЧ-статусе, либо относятся к пациентам неуважительно, что приводит людей с ВИЧ к нежеланию посещать медицинские учреждения в дальнейшем:

«Есть много стигматизации среди врачей. Я сам мигрант ВИЧ-положительный, у меня была история, когда мне нужна была операция, пошёл в больницу платно, так как не гражданин РФ, дошёл до Института Склифосовского, я сообщил о своём статусе и о том, что сижу на терапии, был готов предоставить справку о нулевой вирусной нагрузке, но мне отказали, сказав, что не хотят рисковать жизнью», – Дилшод Каримов, специалист по работе с мигрантами Фонда «Шаги».

– Риски социальной дискредитации проблемы

Отсутствие обсуждения темы ВИЧ также влияет на появление ВИЧ-диссидентов, людей, отрицающих существование ВИЧ. Отсутствие адекватного информирования по проблематике ВИЧ порождает различные заблуждения. Появляются мифы о том, что ВИЧ не существует, что это заговор фармкомпаний, что тесты на ВИЧ дают неправдивый результат и так далее:

«ВИЧ-диссидентство порождает мифы, альтернативные данные, что искажает информацию, из-за которой ВИЧ-положительные люди могут перестать лечиться, поставить своё здоровье под угрозу, здоровье своих детей, половых партнёров», – Дмитрий Коренев, специалист по социальной работе, администратор Фонда «Шаги».

В России существуют различные меры по борьбе с распространением ВИЧ и со снижением стигматизации ВИЧ-инфицированных⁷:

- информирование населения по вопросам ВИЧ органами здравоохранения: о способах заражения, о возможном лечении; проведение до- и послетестовых консультаций и др.;
- информирование населения по вопросам ВИЧ средствами массовой информации: о способах профилактики ВИЧ, о необходимости прохождения тестирования и др.;
- информирование детей в школах в рамках уроков биологии, некоторых мероприятий в дни борьбы со СПИДом;
- проведение различных научных исследований по вопросам ВИЧ;
- международное сотрудничество и обмен информацией в рамках борьбы с ВИЧ;
- защита людей с ВИЧ от дискриминации на законодательном уровне: в статье 17 ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)» говорится о недопустимости увольнения сотрудника, отказа ему от работы в связи с его ВИЧ-статусом; в статье 81 Трудового кодекса РФ прописаны 13 оснований увольнения работника по инициативе работодателя, среди которых нет основания по причине ВИЧ-статуса работника; действует статья 136 Уголовного кодекса РФ о нарушении равенства прав и свобод человека и гражданина и другие нормативные акты.

Экспертами была оценена фактическая эффективность перечисленных выше мер по шкале от 1 до 5 (где 1 – совершенно неэффективно, 5 – очень эффективно), также эксперты прокомментировали свои оценки.

Самую высокую оценку от экспертов получило развитие научных исследований по проблемам ВИЧ в России – 3,4:

«В плане научных исследований мы не отстаём от европейских, мы так же разрабатываем лекарства, есть препараты собственной российской разработки и производства, у нас есть много эпидемиологических, социологических, демографических и экономических исследований, единственное – этим занимается не так много учреждений, как хотелось бы», – А.В. Покровская, научный сотрудник Федерального Центра СПИД.

Международное сотрудничество и обмен информацией в рамках борьбы с ВИЧ эксперты оценили на 3,1:

«Сейчас мы ограничены в посещении международных мероприятий; с другой стороны, литература и материалы на сайтах доступны, и у нас есть хорошее международное сотрудничество с Восточной Европой, Центральной Азией, со странами СНГ», – А.В. Покровская, научный сотрудник Федерального Центра СПИД.

Защиту людей с ВИЧ от дискриминации на законодательном уровне специалисты оценили на 3. Некоторые эксперты отметили существование в российском законодательстве дискриминационных законов. Так, например, согласно ФЗ №114

⁷ Распоряжение Правительства РФ от 21 декабря 2020 г. №3468-р «О Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2030 г.»

«О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию», иностранные граждане или лица без гражданства с положительным статусом ВИЧ подлежат депортации.

Информирование населения по вопросам ВИЧ в России органами здравоохранения эксперты в среднем оценили на 2,6. Они отмечают, что порой встречаются с некорректной информацией в медицинских формах. Эксперты считают, что информации о проблеме ВИЧ для населения от органов здравоохранения недостаточно, а та информация, которая есть, не адаптирована под разные аудитории. Отдельно специалисты отметили проблему отсутствия консультирования людей в клиниках до и после тестирования на ВИЧ. Согласно методическим рекомендациям Роспотребнадзора, перед тестированием на ВИЧ индивида необходимо проинформировать о целях и процедуре тестирования; мерах профилактики заражения и передачи ВИЧ; о том, какие дальнейшие действия следует предпринять в зависимости от получения положительного или отрицательного результата тестирования⁸.

Информирование населения по вопросам ВИЧ в России средствами массовой информации эксперты оценили так же в среднем на 2,6.

Самую низкую оценку эксперты дали мере по информированию детей в школах – 1,9. По их мнению, как таковых уроков по половому воспитанию в российских школах не ведётся, следовательно, про ВИЧ со школьниками специалисты либо не говорят, либо делают это поверхностно, что неэффективно:

«Чтобы с ребёнком поговорить о ВИЧ-инфекции, надо объяснить, как передаётся, а мы не имеем право несовершеннолетним школьникам рассказывать о половых отношениях», – Дилшод Каримов, специалист по работе с мигрантами Фонда «Шаги».

Результаты экспертных оценок эффективности мер по борьбе со стигматизацией ВИЧ в России проиллюстрированы на рисунке 1.

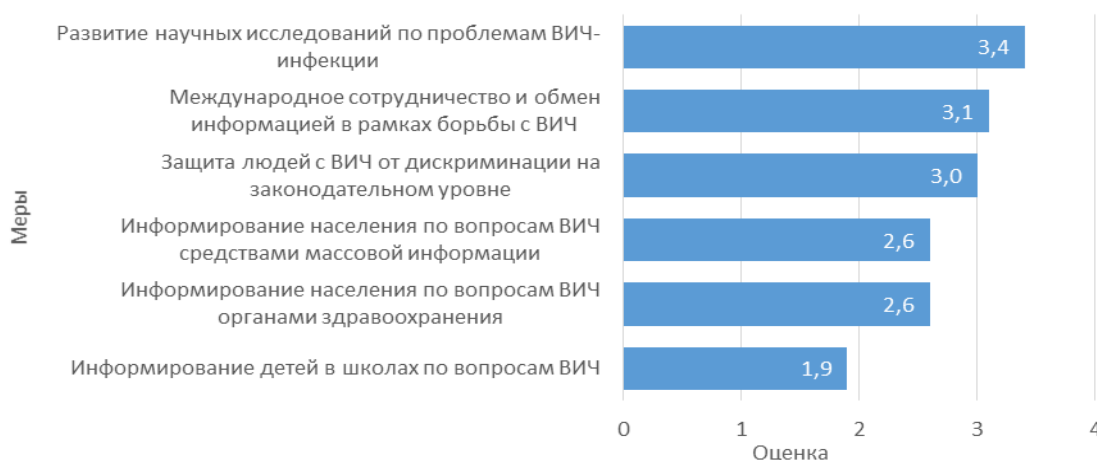
Помимо существующих в России мер, экспертам было предложено оценить необходимость внедрения мер, которые активно действуют в других странах, по шкале от 1 до 5 (где 1 – совсем нет необходимости, 5 – необходимо срочно внедрить).

Необходимость внедрения меры по мобилизации религиозных лидеров для формирования уважения и сочувствия к людям, живущим с ВИЧ, в среднем эксперты оценили на 3,4.

Необходимость внедрения меры по привлечению волонтеров для ухода за людьми, живущих с ВИЧ/СПИДом, на дому или в отдельных учреждениях специалисты оценили на 4. По мнению экспертов, было бы хорошей инициативой привлечь обученных волонтеров к социальной помощи людям, живущим с ВИЧ: помочь добраться до ближайшего СПИД-центра, привезти необходимые лекарственные препараты и другое.

⁸ Методические рекомендации «Проведение до- и послетестового консультирования лиц, обследуемых на ВИЧ-инфекцию» (Утв. Минздравсоцразвития РФ 06.08.2007 №5952-ПХ).

Рисунок 1. Экспертная оценка эффективности по борьбе со стигматизацией ВИЧ в России



Источник: Составлено автором по результатам экспертного опроса.

Необходимость внедрения бесплатной юридической помощи людям, живущим с ВИЧ, и их семьям была оценена на 4. Эксперты отмечают, что данная мера была бы полезна в современных реалиях, когда люди с ВИЧ сталкиваются с дискриминацией и другими ограничениями, однако большую необходимость специалисты видят в изменении законодательства в области ВИЧ и контроле над исполнением существующих законов.

Необходимость предоставления людям, живущим с ВИЧ, возможности возглавлять мероприятия по поддержке и пропаганде эксперты оценили на 4,4. Получение информации о проблематике ВИЧ напрямую от людей, живущих с этой инфекцией, может позитивно сказаться на преодолении стигматизации ВИЧ-положительных людей. Однако экспертами была отмечена важность имения у «вещающего» соответствующих компетенций по корректному информированию аудитории.

Необходимость внедрения в школы уроков полового воспитания в России эксперты оценили выше всего – 4,9. По их мнению, данная мера была бы эффективна в борьбе с распространением ВИЧ-инфекции, а также в борьбе со стигматизацией темы ВИЧ и самих ВИЧ-инфицированных:

«Представление обо всём часто формируется в школе, это возраст, когда человеку ещё можно что-то внедрить, объяснить, в среднем в 16 лет школьники уже вступают в половые отношения⁹, к этому возрасту уже должна быть информация, даже к 17 годам уже поздно рассказывать», – А.В. Покровская, научный сотрудник Федерального Центра СПИД.

Результаты экспертных оценок необходимости внедрения мер по борьбе со стигматизацией ВИЧ в России проиллюстрированы на рисунке 2.

⁹ РИА Новости (2019). В Минздраве назвали средний возраст начала половой жизни в России [Электронный ресурс]. 26 февраля. <https://ria.ru/20190226/1551385420.html>

Рисунок 2. Оценка необходимости внедрения мер по борьбе со стигматизацией ВИЧ в России



Источник: Составлено автором по результатам экспертного опроса.

Для оценки степени согласованности мнений экспертов автором был рассчитан коэффициент конкордации Кендалла по формуле:

$$W = \frac{12}{n^3 - n} \sum_{i=1}^n \left(\frac{1}{k} \sum_{j=1}^k r_{ij} - \frac{n+1}{2} \right)^2 ,$$

где n – число показателей; k – число экспертов; r_{ij} – ранг i -ого показателя определённый j -ым экспертом; W – коэффициент конкордации Кендалла.

Коэффициент конкордации принимает значения от 0 до 1. Причём он равен 1 при максимальной согласованности мнений экспертов и равен 0 при минимальной несогласованности.

Так, коэффициент конкордации в данном исследовании составил 0,53. Данное значение демонстрирует наличие средней степени согласованности мнений экспертов, что говорит нам о дискуссионности данной темы и существовании различий во мнениях экспертов в области ВИЧ.

Таким образом, исходя из оценок и комментариев экспертов, можно вывести рекомендации для государственных органов для эффективной борьбы со стигматизацией темы ВИЧ и людей, живущих с данным вирусом (таблица).

Таблица. Рекомендации государственным органам

Государственный орган	Рекомендации
Министерство просвещения	Введение в школах уроков полового воспитания
Министерство здравоохранения	Разработка различных программ по информированию населения о ВИЧ для разных целевых групп
	Контроль за исполнением методических рекомендаций
	Роспотребнадзора по проведению до- и послетестовых консультаций по вопросам ВИЧ
	Предоставление людям, живущим с ВИЧ, возможности возглавлять мероприятия по поддержке и пропаганде
Федеральное собрание	Привлечение обученных волонтеров для помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом: транспортировка пациента до медицинского учреждения, доставка медицинских препаратов на дом
	Внедрение закона по борьбе с ВИЧ-диссидентскими организациями
	Упразднение закона о депортации иностранных граждан и лиц без гражданства с положительным статусом ВИЧ
	Внедрение бесплатной юридической помощи людям, живущим с ВИЧ, и их семьям

Источник: Составлено автором по результатам экспертного опроса.

Заключение

Результаты исследования показали, среди студенческой молодёжи встречаются три типа стигматизирующих установок по отношению к людям, живущим с ВИЧ: враждебное отношение (данная установка характеризуется негативным, агрессивным отношением к людям, живущим с ВИЧ), интернальная атрибуция (установка о ВИЧ-инфицированном как о «попавшем» в своё неблагоприятное положение по собственной вине), жалость и сочувствие (человек с ВИЧ-положительным статусом представляется беззащитным, не имеющим возможности исправить ситуацию, безнадёжным и обречённым на некие страдания). Студенты медицинских направлений демонстрируют более высокий уровень знаний в области ВИЧ-инфекции и менее выраженные стигматизирующие установки по отношению к людям с ВИЧ, чем учащиеся немедицинских специальностей. Повышение информированности студентов о ВИЧ-инфекции может приводить к уменьшению стигматизирующих установок по отношению к людям, живущим с ВИЧ.

Была разработана авторская классификация социально-экономических рисков стигматизации ВИЧ-инфицированных: риски для рынка труда, демографические риски, риски для системы здравоохранения, риски социальной дискредитации проблемы.

Автором были предложены практические рекомендации по снижению стигматизации ВИЧ для Министерства просвещения, Министерства здравоохранения, Федерального собрания.

По результатам исследования была выдвинута гипотеза, что стигма по отношению к людям, живущим с ВИЧ, существует, она связана с уровнем информированности и приводит к социально-экономическим рискам.

Литература

- Беляева В.В., Адигамов М.М., Соколова Е.В. (2018). Психосоциальные последствия ВИЧ-инфекции: стигматизация женщин и детей, инфицированных ВИЧ. *Санкт-Петербургская общественная организация «Человек и его здоровье»*.
<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36908362>
- Куклин А.А., Цветков А.И., Епанешникова Д.С., Коробков И.В. (2019). ВИЧ/СПИД как угроза демографической безопасности региона. *Уровень жизни населения регионов России*, 4, 106-16. <https://doi.org/10.19181/1999-9836-2019-10086>
- Источник: <https://www.jour.fnisc.ru/index.php/vcugjournal/article/view/6925>
- НИФИ Минфина России (2020). *Проведение социально-экономического исследования, касающегося государственной политики борьбы с ВИЧ*. Научно-исследовательский финансовый институт Минфина России. <https://www.nifi.ru/ru/news-ru/novosti/1552-news-010232021>
- Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом (2021). *Последние эпидемиологические данные по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации* (по состоянию на 31.12.2021). <http://www.hivrussia.info/>
- Редько А.Н., Лебедева И.С., Лебедев П.В., Шведова М.О. (2023). Аспекты социально-экономической значимости ВИЧ-инфекции. *Естественно-гуманитарные исследования*, 45(1), 187-93.
- Росстат (2022). *Естественное движение населения Российской Федерации 2022*.
<https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13269>
- Савина А.А., Лукманов А.С., Землянова Е.В. (2023). Тенденции смертности от ВИЧ-инфекции в регионах Российской Федерации. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*, 15(2), 81-89. <https://doi.org/10.22328/2077-9828-2023-15-2-81-89>
- Сергевнин В.И., Тукачёва О.В., Микова О.Е., Рожкова М.В. (2022). Многолетняя динамика смертности ВИЧ-инфицированных и факторы риска летального исхода при наличии и отсутствии сопутствующего туберкулёза. *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*, 21(6), 48-58. <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2022-21-6-48-58>
- Смирнова Ю.С. (2010). Типы стигматизирующих установок. *Философия и социальные науки*, 3, 45-49.
- Тюсова О.В., Ветрова М.В., Блохина Е.А., Бушара Н.М., Крупницкий Е.М., Лиознов Д.А., Лунце К. (2019). ВИЧ-инфекция и наркомания - двойная стигматизация и поиски стратегий преодоления стигмы. *Вопросы наркологии*, 11(182), 50-64.
https://doi.org/10.47877/0234-0623_2019_11_50

Приложение

П1. Гайд глубинного интервью

Добрый день, меня зовут Юлия, мы проводим исследование об отношении студентов к ВИЧ-инфицированным. Благодарим Вас, что согласились помочь нам в этом. Вам будет задан ряд вопросов, нет правильных или неправильных ответов, будьте искренни. Не будете ли Вы возражать, если в процессе нашей беседы будет использована аудиозапись? Она нужна для дальнейшей обработки и анализа полученных данных и не будет передаваться третьим лицам, всё интервью анонимно.

Блок 1. «Отношение к проблеме»

На сегодняшний день в России более одного миллиона ста тысяч россиян имеют ВИЧ-положительный статус. Так или иначе, скорее всего, каждый из нас общался и контактировал с человеком такого статуса. В связи с этим мне бы хотелось узнать у Вас, как Вы относитесь к людям с ВИЧ.

1. Пугает ли Вас возможность пересечься с ВИЧ-инфицированным человеком на улице?
2. Как бы Вы отнеслись к коллеге по работе, если бы узнали, что у него или у неё данное заболевание?
3. Вы смогли бы подружиться с ВИЧ-инфицированным человеком, если бы знали его статус?
4. А если бы Ваш друг, с которым Вы давно знакомы, заразился?
5. Представьте себе, что в группу детского сада, где Ваш ребенок, включили ВИЧ-инфицированного ребенка. Как бы, на Ваш взгляд, отреагировали родители других детей? А Вы?
6. Есть пары, в которых один человек имеет ВИЧ-положительный статус, а другой нет. Как Вы относитесь к таким парам?
7. Смогли бы Вы вступить в романтические отношения с человеком, у которого ВИЧ-положительный статус?
8. Сдавали ли Вы когда-нибудь тест на ВИЧ?
9. Когда последний раз Вы делали тест?
10. Если бы это было анонимно, Вы бы проходили тестирование чаще?

Блок 2. «Информированность в области ВИЧ и СПИД»

А сейчас я хотела бы узнать от Вас, что Вы знаете о ВИЧ.

1. Опишите, пожалуйста, типичного, на Ваш взгляд, больного ВИЧ.
2. Знаете ли Вы, как передаётся ВИЧ и как им можно заразиться?
3. Можно ли заразиться при поцелуе?
4. Можно заразиться ВИЧ бытовым путем через рукопожатия, объятия, пользование одним туалетом, питье из одного стакана с человеком, живущим с ВИЧ?
5. Можно заразиться ВИЧ бытовым путем через нахождение рядом с инфицированным человеком, у которого насморк или кашель?
6. Могут ли укусы комаров привести к заражению ВИЧ?
7. Знаете ли, чем отличается ВИЧ от СПИДа?
8. Можно ли жить и заниматься сексом с человеком с ВИЧ-статусом и не заразиться? А если половой контакт не защищённый?

9. Может ли ВИЧ-положительная женщина родить здорового ребёнка?
10. Знаете ли Вы, что такое антиретровирусная терапия?
11. Знаете ли Вы, что такое неопределяемая вирусная нагрузка?
12. Знаете ли, что такое постконтактная профилактика?

Блок 3. «Информирование»¹⁰

1. Типичный больной ВИЧ в России по статистике: мужчина 30-50 лет, гетеросексуал, наркотики не употребляет.
2. ВИЧ передаётся через кровь, половым путём и от матери к ребёнку.
3. Бытовым способом заразиться нельзя. Через слюну ВИЧ не передаётся. От укуса комара ВИЧ заразиться невозможно.
4. СПИД – крайняя смертельная стадия ВИЧ.
5. Жить и заниматься сексом с человеком с ВИЧ-статусом и не заразиться можно даже при незащищённом половом контакте, если ВИЧ-положительный партнёр принимает антиретровирусную терапию и вирус в его крови подавлен, благодаря чему он не заразен.
6. ВИЧ-положительная женщина может родить здорового ребёнка, если принимает антиретровирусную терапию. 95% детей, родившихся живыми от матерей с ВИЧ, не имели данного заболевания.
7. Неопределяемая вирусная нагрузка – состояние организма ВИЧ-больного, когда он не заразен. Достигается благодаря лечению.
8. Постконтактная профилактика (ПКП) включает в себя лекарственное лечение, лабораторные анализы и консультирование. Лекарственное лечение помогает предотвратить заражение ВИЧ даже после незащищённого полового контакта с инфицированным человеком.

Изменилось ли Ваше мнение о людях с ВИЧ-положительным статусом? Как? Что нужно сделать, чтобы люди стали лучше относиться к ВИЧ-инфицированным?

П2. Инструментарий для полуформализованного экспертного интервью

Исследовательская группа предлагает Вам поделиться своим экспертным мнением по поводу состояния ВИЧ в России, а также оценить эффективность государственных мер по борьбе со стигматизацией ВИЧ-инфицированных. Для этого необходимо заполнить небольшую анкету, ответив на вопросы в соответствующей строке. При запросе с Вашей стороны мы готовы представить итоговый результат. Это не займет много времени, но позволит разработать рекомендации по улучшению мер по борьбе с ВИЧ.

1. На Ваш взгляд, можно ли нынешнюю ситуацию с ВИЧ в России назвать эпидемией?
2. Как Вам кажется, существует ли стигма вокруг темы ВИЧ?
3. Чем опасно табуирование темы ВИЧ?
4. Чем опасна стигматизация самих ВИЧ-инфицированных?
5. Какие риски Вы видите в существовании стигматизации ВИЧ-инфицированных?
6. Есть ли в России ВИЧ-диссиденты, отрицающие свой диагноз? Если да, то чем это обусловлено? Чем такое явление опасно?

¹⁰ Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом (2021). Последние эпидемиологические данные по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации (по состоянию на 31.12.2021). <http://www.hivrussia.info/>

7. Оцените по шкале от 1 до 5 эффективность следующих мер по борьбе со стигматизацией ВИЧ-инфицированных в России, где 1 – совершенно неэффективно, 5 – очень эффективно. Также в графе «Комментарий» Вы можете прокомментировать Вашу оценку.

Информирование взрослого населения по вопросам ВИЧ органами здравоохранения: как передаётся, как себя защитить и т. п.

1	2	3	4	5

КОММЕНТАРИЙ:

Информирование СМИ взрослого населения по вопросам ВИЧ: как передаётся, как себя защитить и т. п.

1	2	3	4	5

КОММЕНТАРИЙ:

Информирование детей в школах, касаясь ВИЧ

1	2	3	4	5

КОММЕНТАРИЙ:

Развитие научных исследований по проблемам ВИЧ-инфекции

1	2	3	4	5

КОММЕНТАРИЙ:

Международное сотрудничество и обмен информацией в рамках борьбы с ВИЧ

1	2	3	4	5

КОММЕНТАРИЙ:

Защита людей с ВИЧ от дискриминации на законодательном уровне

1	2	3	4	5

КОММЕНТАРИЙ:

1. Каких мер по борьбе со стигматизацией ВИЧ-инфицированных в России, по Вашему мнению, не хватает?
2. Оцените по шкале от 1 до 5 необходимость внедрения в России следующих мер по борьбе с ВИЧ, применяемых в других странах, где 1 – совсем нет необходимости, 5 – необходимо срочно внедрить. Также в графе «Комментарий» Вы можете прокомментировать Вашу оценку.

Мобилизация религиозных лидеров для формирования уважения и сочувствия к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом

1	2	3	4	5

КОММЕНТАРИЙ:

Привлечение волонтеров для ухода за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, на дому или в отдельных учреждениях

1	2	3	4	5

КОММЕНТАРИЙ:

Введение в школы уроков полового воспитания

1	2	3	4	5

КОММЕНТАРИЙ:

Бесплатная юридическая помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, и их семьям

1	2	3	4	5

КОММЕНТАРИЙ:

Предоставление людям, живущим с ВИЧ, возможности возглавить различные мероприятия по поддержке и пропаганде

1	2	3	4	5

КОММЕНТАРИЙ:

1. Как, на Ваш взгляд, нынешняя экономическая ситуация в России скажется на борьбе с ВИЧ и стигматизацией ВИЧ-инфицированных?
2. Как, на Ваш взгляд, нынешняя политическая ситуация в России скажется на борьбе с ВИЧ и стигматизацией ВИЧ-инфицированных?

П3. Список экспертов

В полуформализованном экспертном интервью приняли участие 7 экспертов:

1. Анастасия Вадимовна Покровская - начальник клинико-диагностического отделения специализированного научно-исследовательского отдела профилактики и борьбы со СПИДом «Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии» Роспотребнадзора, старший научный сотрудник, врач-инфекционист;
2. Екатерина Владимировна Пойлова, специалист по связям с общественностью СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»;
3. Марина Константиновна Крупянко, клинический психолог СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»;
4. Андрей Петров - специалист по социальной работе Фонда по профилактике социально-значимых заболеваний «Шаги», равный консультант, открытый ВИЧ-положительный человек;
5. Дмитрий Коренев - специалист по социальной работе, администратор Фонда по профилактике социально-значимых заболеваний «Шаги»;
6. Дилшод Каримов - специалист по работе с мигрантами Фонда по профилактике социально-значимых заболеваний «Шаги», равный консультант, открытый ВИЧ-положительный человек;

7. Сергей Сотник - консультант Фонда по профилактике социально-значимых заболеваний «Шаги».

Дети мигрантов в России: потребность в интеграционной образовательной поддержке

Мария Алексеевна Смирнова
(mariya.smirnova@hse.ru), Национальный
исследовательский университет «Высшая
школа экономики», Россия.

Children of migrants in Russia: the need for integrative educational support

Mariia Smirnova
(mariya.smirnova@hse.ru), HSE University,
Russia.

Резюме: В работе рассматривается проблема интеграции детей мигрантов в российское общество посредством школьного обучения, а также предлагаются оценки числа детей мигрантов, потенциально испытывающих потребность в специфической образовательной поддержке.

Начиная с 2010-х годов появилось большое количество научных работ, изучающих положение детей мигрантов в России, при этом эффективность российских школ как инструмента интеграции детей мигрантов получает в литературе неоднозначные оценки: с одной стороны, исследователи критикуют отсутствие системной поддержки, а с другой – проводимые обследования статистически не подтверждают ни специфической для мигрантов академической неуспешности, ни социальной исключенности. Такая неоднозначность является следствием отсутствия понимания масштабов запроса мигрантов на интеграционную поддержку.

В рамках статьи проанализированы материалы пяти интервью и одной фокус-группы с экспертами из организаций, оказывающих языковую и академическую помощь детям мигрантов. Эксперты констатируют недостаточность существующей инфраструктуры поддержки детей мигрантов, а также заявляют о проблеме недооценки масштабов потребности в ней со стороны академического сообщества.

В работе впервые предложена оценка потенциального числа реципиентов интеграционной поддержки. При построении модели учитывались: число детей мигрантов в возрастах от 7 до 17 лет, проживавших в России на конец 2020 г.; и риск недостаточной языковой компетентности и академической неуспешности для этих групп. Коэффициенты риска были применены к оценкам численности детей мигрантов из избранных стран (Таджикистан, Узбекистан, Армения, Киргизия и Азербайджан), полученным на основе когортно-компонентной модели.

По результатам работы число детей, потенциально испытывающих потребность в образовательной поддержке, колеблется от 30 до 60 тыс. человек.

Ключевые слова: интеграция детей мигрантов, второе поколение мигрантов, школьное образование в России, доступ к образованию, языковая поддержка, академическая поддержка, оценка численности детей мигрантов.

Для цитирования: Смирнова М.А. (2024). Дети мигрантов в России: потребность в интеграционной образовательной поддержке. Демографическое обозрение, 11(1), 81-103. <https://doi.org/10.17323/demreview.v11i1.20933>

Abstract: This research paper considers the problem of migrant children's integration into Russian society through school education and offers estimates of the number of migrant children that potentially feel the need for specific educational support.

Since the 2010s there have been a large number of scientific works studying the situation of migrant children in Russia, and the effectiveness of Russian schools as an instrument of integration of migrant children receives ambiguous assessments in the literature: on the one hand, researchers criticize the lack of systemic support, while on the other hand, the surveys conducted do not statistically confirm either academic failure specific to migrants or social exclusion. This ambiguity is the result of a lack of understanding of the extent of migrants' demand for integration support.

This article analyzes the materials of five interviews and one focus group with experts from organizations that provide language and academic support to migrants' children. The experts note the insufficiency of the existing infrastructure of support for such children and also state the problem of underestimating the scale of the need for it on the part of the academic community.

For the first time the paper proposes an estimate of the potential number of recipients of integration support. In constructing the model, the following characteristics were taken into account: the estimated number of migrant

children aged 7 to 17 living in Russia at the end of 2020 and the risk of insufficient language competence and academic failure for these groups. Risk coefficients were applied to estimates of the number of migrant children from selected countries (Tajikistan, Uzbekistan, Armenia, Kyrgyzstan, and Azerbaijan) derived from the cohort-component model.

The results suggested an estimate of the number of children potentially in need of educational support, which ranges from 30,000 to 60,000 children.

Keywords: *integration of migrant children, second generation of migrants, school education in Russia, access to education, language support, academic support, estimate of the number of children of migrants.*

For citation: Smirnova M. (2024). Children of migrants in Russia: the need for integrative educational support. *Demographic Review*, 11(1), 81-103. <https://doi.org/10.17323/demreview.v11i1.20933>

Проблема интеграции мигрантов чрезвычайно важна для всех активно принимающих их стран. Россия находится в числе мировых лидеров по числу мигрантов, однако слабое развитие институтов, способствующих интеграции, вызывает опасения относительно того, как мигранты полуторного и второго поколений¹ будут встраиваться в социально-экономическую жизнь страны, потому изучение институциональной среды имеет критически важное значение.

С точки зрения экспертов MIPEX, политика в области образования является наименее развитой областью интеграционной политики России (Migration Policy Index 2020). Резко негативная оценка экспертов MIPEX вполне согласуется с мнением авторов, которые исследуют состояние формальных институтов поддержки (Омельченко 2019; Вандышев 2019), однако вступает в противоречие с результатами обследований школ в российских городах, которые значительно выше оценивают их роль в процессе интеграции детей мигрантов (Александров, Баранова, Иванюшина 2012).

Общая неоднозначность сложившейся ситуации является результатом отсутствия понимания масштабов проблем – или масштабов запроса мигрантов (родителей и детей) на языковую и академическую поддержку. Существуют сомнения в том, что интеграционная поддержка в той институциональной среде, в которой существуют дети мигрантов сегодня, принципиально недостаточна. Эти сомнения связаны со спецификой контингентов мигрантов, подавляющее большинство которых приезжают из бывших советских республик, а потому ожидается, что культурная дистанция между мигрантами и принимающим населением будет не так велика.

По этой причине оценка потенциального числа реципиентов интеграционной поддержки – это актуальная задача, решение которой требуется для проектирования инфраструктуры необходимой мощности. Запрос на такую оценку постоянно озвучивается экспертами-практиками, оказывающими интеграционную поддержку детям.

Кроме того, наличие обоснованной картины масштабов проблем, связанных с недостаточно адаптированными детьми мигрантов, важно для формирования здорового отношения к ним и их родителям.

Цель данного исследования заключается в оценке потребностей детей мигрантов в программах интеграционной поддержки. Объектом исследования является интеграция мигрантов, а его предметом – дети 7-17 лет из семей международных мигрантов.

Обзор исследовательских оценок запроса на образовательную поддержку мигрантов

Проблемы, связанные с присутствием детей-мигрантов в российских школах, а также их особых потребностей, привлекают внимание многих исследователей. Перечислим основные из них, озвученные в ходе глубинных интервью и опросов мнений.

1. Проблема доступа к образованию, основанная на нескольких факторах:
 - юридических ограничений в доступе к образованию детей, чьи родители не могут подтвердить право на пребывание на территории РФ, и слабой

¹ Теоретические вопросы разделение мигрантов на поколения и проблемы их изучения обсуждаются в: (Денисенко, Смирнова, Степанова 2022).

информированности о праве на образование и процедуре приёма в школу (Флоринская 2012: 120-121);

- нежелании школьной администрации принимать детей, плохо знающих русский язык;
- стремлении части родителей привлечь детей к трудовой деятельности (в том числе по уходу за младшими детьми) либо их ориентации на ранний брак для дочерей (Мукомель 2012: 198; Уполномоченный по правам... 2018: 76-77).

2. Низкие образовательные результаты:

- слабое знание русского языка отнесено в данную группу условно: помимо непосредственного влияния на весь учебный процесс, оно сильно сказывается на социальной жизни ребенка. О слабой языковой подготовке детей-мигрантов заявили 74% учителей, опрошенных в Свердловской области (Вандышев 2019: Таблица 1);
- низкий уровень владения учебным материалом из-за затруднений в восприятии материала (в связи со слабым знанием языка). По данным обследования Центра миграционных исследований, лишь 54% мигрантов заявляли о полном отсутствии проблем, связанных с плохим знанием русского языка (Уполномоченный по правам... 2018: Рис. 29). Опрос учителей в Свердловской области (2017 г.) показал, что 70% учителей заявляют о низком уровне знаний у детей мигрантов (Вандышев 2019: Таблица 1). Отмечается также, что проблема не решается после освоения разговорного русского языка (НИУ «Высшая школа экономики» 2020: 39);
- отставание от учебной программы из-за несоответствия учебных программ в России и в стране исхода (Деминцева 2019: 104);
- отставание от учебной программы из-за перерывов в обучении, связанных с затрудненным доступом к школьному образованию и частых прогулов из-за сниженной мотивации. Отметим, что с тем, что проблема прогулов актуальна для детей мигрантов, согласились лишь 27% учителей, участвовавших в опросе в Свердловской области (Вандышев 2019: Таблица 1).
- сложности в освоении материала из-за невозможности получить помощь от родителей (Мукомель 2012: 198; Вандышев 2019: 189). При проведении опроса учителей в Свердловской области в 2017 г. 45% ответивших отметили в числе проблем нежелание родителей-мигрантов участвовать в образовательном процессе (Вандышев 2019: Таблица 1). Вместе с тем представлена и другая точка зрения, согласно которой родители-мигранты выгодно отличаются дисциплинированностью, вниманием к словам педагогов и школьной жизни детей в целом (Александров, Баранова, Иванюшина 2012: 186).

3. Психологические проблемы:

- высокая тревожность, боязнь ошибки; чувство одиночества, оторванности от родных и друзей на этапе первичной адаптации: согласно исследованию В.И. Мукомеля (2012: 194-195), об этом сообщили 75% старшеклассников, прибывших в Россию в возрасте 7 лет и старше, опрошенных в школах Астрахани и Самары;
- культурная дезориентация, которая может стать причиной девиантного поведения ребенка (Омельченко 2021: 152);
- трудности в самоидентификации, в том числе чувство стыда за родительскую этническую принадлежность (Макаров 2010: 100; Нестерова 2018: 649).

4. Социальные проблемы:

- исключенность мигранта, не владеющего русским языком, из коллектива одноклассников (Макаров 2010; Деминцева и др. 2017). Опросы, проводимые в школах, показывают, что и дети, и учителя редко сообщают о ксенофобском или дискриминирующем отношении в школе; существует консенсус, согласно которому дети мигрантов чаще встречают в российских школах доброжелательное отношение со стороны одноклассников и учителей (Флоринская 2012: 123; Деминцева и др. 2017: 101). Порой исследователи отмечают случаи, когда такие сообщения основываются на ложном чувстве несправедливости у ребенка (НИУ «Высшая школа экономики» 2020: 36). В рейтинге проблем, составленном по опросу учителей Свердловской области, проблемы интолерантности и межэтнических конфликтов занимают последнее место – с их существованием согласились менее 1/4 учителей (Вандышев 2019: Таблица 1). Вместе с тем редкость сообщений о нетолерантном отношении педагогов к детям отчасти объясняется латентным и нерелексивным характером ксенофобии (Деминцева и др. 2017: 96);
- практика зачисления в класс коррекции, предназначенный для обучения детей с когнитивными нарушениями, с установлением комиссией диагноза «задержка психического развития», подчеркивает и закрепляет статус «чужого» и низкое положение в общественной иерархии (Мукомель 2012: 196);
- практика зачисления в классы, несоответствующие возрасту, когда дети мигрантов оказываются в коллективах на год, два или даже три года моложе себя, также препятствует формированию здоровой включенности в школьный социум (Деминцева 2019: 154). По оценке «РОО Центр миграционных исследований», эта проблема касается 12% школьников-мигрантов (Уполномоченный по правам... 2018: 77);
- проявление ксенофобии по отношению к ребенку и его семье со стороны взрослых: педагогов и родителей одноклассников из этнического большинства (Панова 2008; Хухлаев, Чибисова, Кузнецов 2014: 100; Козлова, Михеев 2020: 663-664; Деминцева 2019: 105).

Несмотря на обширный перечень проблем, выявленных качественными методами, крупные выборочные обследования школьников дают представление о высокой степени их интегрированности. Так, анализ школьной успеваемости мигрантов в сравнении со школьниками из этнического большинства, выполненный Научно-учебной лабораторией «Социология образования и науки» НИУ ВШЭ в 2010 г. в рамках масштабного обследования в 104 школах Санкт-Петербурга, показал, что при контроле показателей пола, социофессионального статуса семьи и уровня учебной мотивации миграционный статус и этническое происхождение не оказывают статистически значимого влияния на успеваемость детей (Александров, Баранова, Иванюшина 2012: 192).

Масштабное обследование Международной программы оценки образовательных достижений учащихся (PISA) показывает, что разница в баллах за тест мигрантов и не мигрантов среди российских школьников экстремально низкая: до 2015 г. из всех стран-участниц PISA лишь Канада и Австралия, которые реализуют интенсивные интеграционные программы для детей, имели сопоставимые результаты (Christensen, Stanat 2007: 17).

Оба обследования оптимистично оценивают уровень адаптированности детей в разрезе учебных достижений. Но вместе с тем учебная успеваемость как индикатор структурной интеграции имеет серьезные ограничения, заставляющие усомниться в том, что их результат отражает ситуацию равных возможностей для детей мигрантов и не мигрантов. Учителя не всегда имеют жесткие критерии выставления оценок; для определения границ между оценками используется нечеткая логика, при этом шкала оценивания очень короткая (фактически даже не пятибалльная, а трёхбалльная). Учителя также зачастую применяют индивидуальную шкалу оценивания детей, исходя из их текущего уровня, а также используют оценки как меру поощрения или наказания.

Главное ограничение обследований PISA – это отсутствие информации об этнической принадлежности и стране исхода мигранта. Результат, который показывает страна в исследовании PISA, в значительной степени зависит не от эффективности школьной системы как института интеграции, а от структуры контингентов мигрантов: например, мигранты из разных стран могут демонстрировать полярные результаты, но при усреднении различия будут нивелированы (Anisef et al. 2010: 113-114). В случае с российскими мигрантами ожидается различный уровень владения русским языком, например, у детей мигрантов из Таджикистана и Восточной Украины, что невозможно проконтролировать в обследовании PISA.

Ситуация, которую исследователи наблюдают в школьных стенах, может быть искажена не только недостатками инструментов измерения или установками информантов на социально одобряемые ответы. Из-за того, что мигранты довольно часто сталкиваются с затрудненным доступом в школу (по результатам опросов Центра миграционных исследований в 2010 г. от четверти до трети респондентов сталкивались с отказом в приёме детей в школу (Флоринская 2012: 121-122)), наименее адаптированные в языковом отношении дети могут не попасть в школы и, соответственно, под наблюдение.

Особые образовательные потребности детей мигрантов: взгляд экспертов из общественных организаций

Большая часть исследований детей мигрантов проводится в стенах школ, что, во-первых, заведомо смещает выборку в сторону уже попавших в систему образования, а во-вторых, позволяет предположить некоторый сдвиг ответов в сторону социально одобряемых. Альтернативный источник информации о положении детей мигрантов в образовательной среде представляют организации, существующие в формате НКО или социального бизнеса и оказывающие поддержку мигрантам.

Нами были проведены пять полуструктурированных интервью и одна фокус-группа с экспертами – координаторами проектов/ педагогами/ волонтерами и руководителями пяти общественных организаций, занимающихся образовательной поддержкой и интеграцией детей мигрантов. География организаций включает Москву, Санкт-Петербург и Калужскую область; респондентов отбирали методом снежного кома.

В ходе бесед мы интересовались мнением экспертов о результатах обследований детей мигрантов, проводимых в школах. Все респонденты скептически оценивают чувствительность инструментов, которые имеются в руках исследователей. Так, было выражено недоверие к школьной успеваемости как мере образовательных результатов мигрантов. Один из экспертов говорил о ситуациях, когда школьные оценки детей мигрантов были неадекватны реальному уровню их знаний: «Школьная оценка

очень субъективна. Бывает, ставят за старания, за домашние задания... И иногда родители не верят педагогу, говорят: «как так, мой ребенок ведь отличник, мы просто хотели математику подтянуть!». Но вы понимаете, что его уровень – как у первоклашки...». Эксперт объяснил низкую аналитическую ценность школьной успеваемости незаинтересованностью педагога в объективном оценивании: «Он знает на ноль, а ему поставят в любом случае три... просто потому, что никто не хочет проблем для школы. Учитель рисует план, рисует эту тройку».

Другой эксперт сообщил о своём скептическом отношении к результатам обследования PISA, которое не выявляет значимых различий между образовательными результатами мигрантов и не мигрантов: *«Про PISA вообще ничего не понятно. Честно говоря, у меня их методология вызывает гигантское количество вопросов. Я не понимаю, откуда они такие жизнерадостные данные взяли. Где бы они такое в школе нашли!».*

Также они выражают недоверие результатам опросов и интервью школьных учителей, проводимых в школьных стенах: *«Учительница, когда к ней пришла исследовательница, скажет, какая она прогрессивная и у нее все дети любимые и потрясающие. Исследователю надо, наверное, часами с этой учительницей проводить интервью, чтобы учительница все-таки сдалась и выговорила, что она на самом деле думает».*

Эксперты о масштабах запроса на интеграционную поддержку

В ходе интервью мы интересовались, как эксперты оценивают масштабы потребности детей мигрантов в образовательной поддержке. Этот вопрос у многих вызвал живейший отклик и личную заинтересованность в поиске ответа: *«С этим запросом [на образовательную поддержку] мы возимся все. Он не ясен никому».* Понимание числа потенциальных реципиентов имеет для них практическую значимость: *«Если бы нам сказали: масштаб проблемы вот такой-то, нужно разработать какую-то систему, чтобы три тысячи учеников в год пропускать через себя. Тогда бы мы могли подумать, насколько это реально, и сможем ли мы с этим справиться. Но мы не знаем масштаба проблемы, поэтому сейчас мы работаем так, как работаем».* Этот нерешенный вопрос, завязанный на отсутствии доступной статистики о детях мигрантов, обучающихся в российских школах, часто поднимается ими в обсуждениях на тематических семинарах и круглых столах.

Еще более сложная проблема – это полная «невидимость» для статистики детей, не посещающих школу: *«Те дети, которые до сих пор не попали [в систему образования] – мы не знаем сколько их, и где они вообще».*

Несмотря на то, что у экспертов нет чёткого представления о числе детей, нуждающихся в образовательной поддержке, они единодушно говорят о том, что таких детей много. Один из опрошенных при этом ссылаясь на позицию муниципальных властей, которые также замечают проблему: *«В районе N нам сказали: «Сколько нужно детей, столько и найдем». Сами директора, сами муниципалитеты говорят, что есть такая проблема с детьми-иностранцами».*

Некоторые из экспертов рассказали, что число желающих получить образовательную поддержку превосходит возможности организаций. Например, говоря о детях-кубинцах, большая часть которых не посещает школу, эксперт сообщил: *«Я*

остановил запись. Больше пятнадцати я принять не могу. Я тогда понял, что таких желающих столько – не сосчитать. Их очень много, и они находятся в тяжелой ситуации». Эта проблема касается и массовых категорий мигрантов из Средней Азии: «У нас сейчас поток: уроки с утра до вечера; не хватит мощности, чтобы дальше [приём] расширять».

Комплектование групп происходит стремительно: *«Достаточно дать пару объявлений, и в течение нескольких дней наберется целая группа».* После закрытия набора поток звонков от родителей прекращается довольно быстро, однако причина этого не в малочисленности потенциальных учеников, а в системе передачи информации внутри мигрантского сообщества: *«5 человек обратились, им отказали в этом году. Они дальше говорят, что уже всё [набор остановлен]».* Как отмечали почти во всех организациях, «сарафанное радио» – это главный канал распространения информации об образовательных услугах для мигрантов, а потому объем потока благополучателей в значительной степени случаен. Информация о возможности получить образовательную поддержку для детей часто не доходит до мигрантов, несмотря на то, что родители могут осознавать острую необходимость в ней: *«Если о нас узнают через знакомых (а это скорее всего люди, которые давно тут живут), они часто говорят: «Если бы мы раньше знали про вас, мы бы не увезли детей [из России]».*

Поток мигрантов ограничивает и географическая разреженность сети помогающих центров: *«На первую встречу приехало очень много людей из совершенно разных точек Москвы и была понятна заинтересованность в занятиях... Но со временем к нам регулярно стали ходить только те, кто живут непосредственно в N [район Москвы]... Если люди живут в противоположном конце Москвы, им сложно приезжать, тем более с ребенком».*

Запрос на образовательную поддержку для мигрантов поступает не только от самих мигрантов, но и из школ, когда они узнают о существовании центров, в которых обучают мигрантов. Во всех организациях нам сообщили, что в той или иной степени они взаимодействуют со школами, порой выступая посредниками между педагогами и родителями, не владеющими русским языком.

Эксперты о специфике образовательных потребностей детей мигрантов

Поскольку в современной России школьное образование воспринимается как недостаточное не только для детей мигрантов, но и в целом для всех школьников, важно определить, в чём заключаются особые потребности первых.

На основе интервью можно выделить следующие их образовательные потребности.

1. Помощь в получении доступа к школьному образованию. Эксперты сообщали о затрудненном доступе детей к базовому образованию, связанному с нежеланием руководителей школ принимать детей, слабо владеющих русским языком: *«Однажды к нам обратился папа, который попросил помочь устроить ребенка в школу. Папа плохо говорил по-русски и контакта с завучем у него не получалось. И когда я пришел поговорить с завучем... в частности, было сказано: «Ребенок совсем не говорит по-русски, и мы не можем такого принять. Не в юридическом смысле – мы не хотим такого принимать, потому что потом у нас будут проблемы...».* О том, что подобная ситуация является массовой, сообщает эксперт из Санкт-Петербурга: *«Ни один завуч не хочет к себе в школу нового проблемного ученика, которого нужно учить языку,*

за которым надо следить, чтобы не было двоек, не отставал от остальных. Потому что, если он ничего не понимает, его придется оставлять на второй год... Завуч говорит: «Идите отсюда, у нас нет мест».

Юридические обоснования используются, скорее, как повод для отказа в приёме в школу: *«Если какая-то крутая школа, то она может искать причину для отказа в документах: «У Вас регистрацию нужно пробить», «в медкарте у Вас не то», «у Вас документы фальшивые» и так далее».*

Практика организаций, оказывающих поддержку мигрантам, показывает, что препятствия к зачислению ребенка легко преодолимы на уровне районных комитетов образования: так, эксперт из Санкт-Петербурга в рассказе о проблемах с приёмом детей в школы сообщает следующее: *«Нам предлагали юридическую помощь разные партнерские организации; но нам она не нужна, правда. Не было у нас такого случая, чтобы мы не справились без юридической помощи. Мы доводили до результата, не используя такие инструменты. Через сотрудничество с РОНО все прорабатывали. Конечно, вопрос может решаться месяцами, но всё-таки он решается».*

В одном из образовательных центров в Москве для детей мигрантов нам сообщили, что им удастся решить вопрос с приёмом на уровне школьной администрации. Иногда сами школы направляют в такие центры детей, выставляя требование предварительной языковой подготовки: *«Бывает, что мигранту, которому отказали из-за того, что он язык не знает (хотя не имеют право отказывать по такой причине), в школе советуют: идите сначала на эти курсы, а потом к нам».*

В правозащитной организации, широко известной в среде мигрантов из Центральной Азии, нам сообщили, что последние редко обращаются за помощью при отказах в зачислении ребенка в школу: ежегодно организация регистрирует всего 50-80 подобных обращений (при общем числе обращений более чем в 50 тыс.). Все эти жалобы получают разрешение во внесудебном порядке в региональных департаментах образования.

Проблемы при зачислении ребенка в школу, по мнению экспертов, вызваны скорее дискриминирующей позицией школьной администрации, нежели требованиями закона (пусть и ложно понимаемого): *«Завуч говорит: «уходите отсюда», при этом, не добавляет: «Идите в РОНО». Здесь вопрос, почему так не делают? Мне кажется, здесь чистый человеческий фактор играет: не хотят элементарно помочь, не хотят осведомить людей о законах, о том, как работает система».*

«Выталкивание» из системы образования детей из наиболее неблагополучных семей отчасти формирует внутри школ выборку, изначально более адаптированную к обучению и социализации в русскоязычной среде.

Другой причиной, по которой дети оказываются лишены базового образования, является незаинтересованность родителей подростков: *«Кто-то целенаправленно не идет [в школу] - например, потому что у семьи нет денег, и [родители] хотят, чтобы подросток тоже помогал по работе. Соответственно после 7 классов где-нибудь в Узбекистане никто ребенка не планирует отправлять дальше [учиться]. Если это мальчик, то он может идти и помогать в работе...».* Если ребенок, оказавшийся в такой ситуации, попадает в поле зрения волонтеров, то они пытаются повлиять на ситуацию,

разъясняя родителям их обязанности в соответствии с российским законодательством, однако этим рычаги влияния исчерпываются.

2. Преодоление недостаточной языковой компетентности. Поскольку негативное влияние низкого уровня владения языком очевидно, отметим лишь то, что помимо разговорного русского языка, который дети успешно осваивают через погружение в языковую среду, большое значение в их образовательной биографии имеют навыки письменного русского языка. Формирование этой компетенции у детей, не имеющих специальной профессиональной поддержки, затруднено: *«Они могут самостоятельно, без помощи волонтера натаскать устный русский язык. Но вот с письменным... там ой-ой-ой. Иногда при идеальной устной речи у них абсолютно безграмотная письменная речь».*

Эксперты подчёркивают, что в освоении русского языка детям требуется компетентная и долгосрочная помощь: *«Этим детям предстоит очень трудный путь, потому что на самом деле они не выучат никогда [письменный русский язык]. Разве что репетитор будет хороший, постоянно, в течение длительного времени..., тогда у них будет шанс. Но не иначе. Это абсолютно нереально».*

Обучение письменному русскому языку в рамках обычных школьных уроков малоэффективно, даже если учителя вкладываются в обучение ребенка-инофона, поскольку они не обладают требуемыми компетенциями: *«Учителям русского языка гораздо сложнее [в обучении русскому языку как иностранному], чем учителям иностранных языков. Эту систему преподавания они уже знают».*

3. Академическая поддержка (помощь в освоении школьной программы). Потребность в академической поддержке не всегда связана с недостаточным владением русским языком. Существует еще несколько причин, по которым дети мигрантов могут испытывать специфические трудности в обучении.

Во-первых, это несоответствие учебных программ и стандартов в странах исхода российским, а также отсутствие культурного бэкграунда, необходимого для понимания неадаптированных текстов. Большие сложности, например, вызывают уроки литературы, особенно у детей из дальнего зарубежья (на примере афганцев и кубинцев): *«Русская литература тяжёлая сама по себе, даже для русскоязычного ребенка, который с молоком матери выпит Пушкина, Толстого, Достоевского... Там же полно архаизмов – вот попробуй объясни, что такое хутор».*

Во-вторых, низкая учебная мотивация – в ситуациях, когда родители не хотят или не могут контролировать учебный процесс. В первую очередь это касается семей, где родители много работают и не располагают свободным временем, и семей с большим числом детей, где основной задачей старших детей становится не учеба, а уход за младшими братьями и сестрами.

4. Помощь в социализации, психологическая поддержка. Сложности в социализации, как правило, связаны с плохим знанием русского языка, однако могут иметь и другую природу. Например, эксперт сообщил о том, что беженцев из Афганистана принимают в классы, не соответствующие возрасту; они оказываются старше одноклассников на два года – в подростковом возрасте такая разница в возрасте ощущается очень сильно и доставляет детям большой дискомфорт.

Наиболее неблагополучным категориям мигрантов (беженцам и нелегальным мигрантам, травмированным войной и скитаниями) зачастую требуется психологическая помощь.

Анализируя слова экспертов, следует учитывать, что центры образовательной поддержки мигрантов, как и школы, имеют дело со смещенной выборкой. В них концентрируются дети, проблемы в обучении которых достаточно серьезны для того, чтобы родители были готовы нести издержки ради дополнительных занятий. Поэтому мы слышим меньше сообщений о высокомотивированных и успешных детях и больше – о трудностях в освоении программы и социализации.

На основании слов экспертов можно построить определенную иерархию проблем детей мигрантов: в основании ее лежит недостаточная языковая компетентность, а остальные (в том числе, затрудненный доступ в школы) вторичны по отношению к ней.

Оценка численности контингента детей мигрантов в России (на конец 2020 года)

Отсутствие даже приблизительного представления о том, как много детей мигрантов плохо адаптированы в языковом плане и не справляются со школьной программой, ведет одновременно и к игнорированию проблем, связанных с присутствием в школах детей-инофонов и к их демонизации в среде тревожных родителей. В данной статье представлена попытка внести больше ясности в понимание масштабов запроса на образовательную поддержку, оценку числа детей мигрантов, которые с большой вероятностью недостаточно адаптированы в языковом плане и имеют особые образовательные потребности.

Поскольку наша модель предполагает множество допущений и не может претендовать на высокую точность, она учитывает только детей, связанных своим происхождением со странами, отправляющими большое число мигрантов в Россию – это Таджикистан, Узбекистан, Армения, Киргизия и Азербайджан.

При построении модели были выполнены следующие процедуры: 1) дана оценка числа детей мигрантов в возрастах от 7 до 17 лет, проживавших в России на конец 2020 г.; 2) определена численность групп детей мигрантов по возрасту иммиграции и дана оценка риска недостаточной языковой компетентности и академической неуспешности для этих групп.

Поскольку российская статистика не располагает непосредственными данными о числе детей мигрантов, оценка была построена методом когортно-компонентного анализа, суть которого заключается в том, что на каждом шаге прогнозирования прослеживаются изменения в численности когорт живущих и когорты новорожденных в результате действия трех компонентов: рождаемости, смертности и миграции.

Построение модели требует принятия определенных допущений, неизбежных в условиях неполноты данных; каждое из этих допущений снижает достоверность полученного результата.

1. Предположения о базовом населении. В качестве источника данных об исходной величине и возрастной структуре контингента мигрантов были приняты данные Всероссийской переписи населения 2010 г. об этническом составе населения (Росстат 2010: Таб. 10). Как альтернативу можно было бы использовать переписные данные о стране

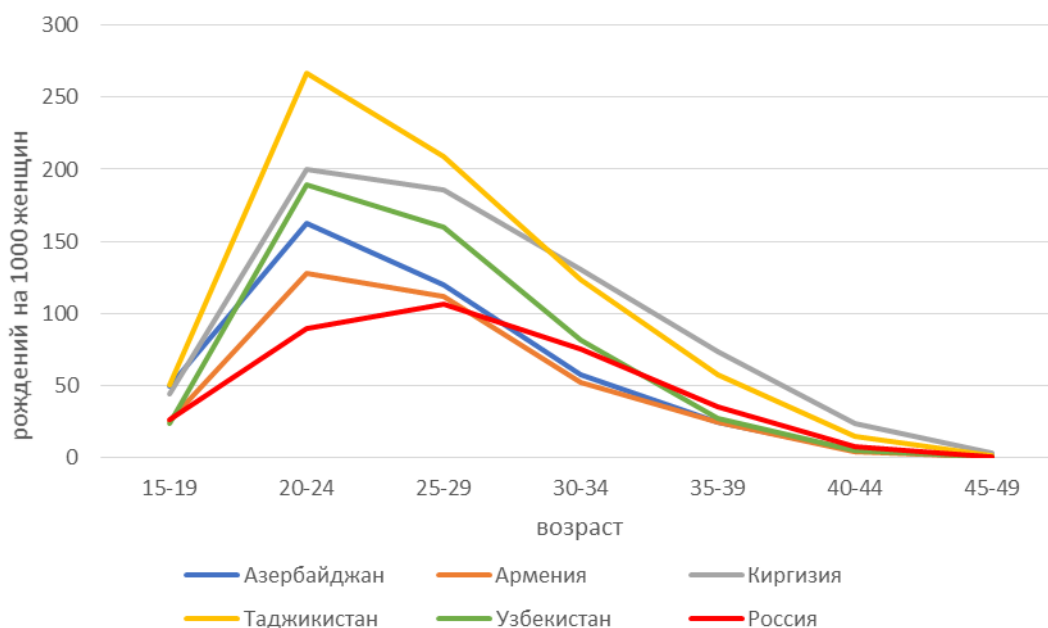
рождения респондентов, однако это размыло бы исходную численность за счёт репатриантов, которые долгое время преобладали в российской структуре миграции.

Использование в качестве основы данных о численности этнических меньшинств вынужденно расширяет понятие «дети мигрантов», включая в него потомков мигрантов второго, третьего и более ранних поколений. Это расширительное понимание миграционного фона в какой-то степени компенсирует недоучет мигрантов переписью.

2. *Предположения о параметрах рождаемости.* Репродуктивные стратегии мигрантов в принимающей стране могут существенно отличаться как от паттернов соотечественников в стране исхода, так и от существующих в принимающем обществе (Казенин 2017; Impicciatore, Giuseppe, Paterno 2020). В отсутствии наблюдаемых данных были сделаны два предположения о возрастных коэффициентах рождаемости (ВКР):

- ВКР женщин-мигранток соответствуют средним значениям между коэффициентами в стране исхода и коэффициентами в России (низкий вариант прогноза);
- ВКР мигранток и женского населения страны исхода не различаются (высокий вариант прогноза) (рисунок 1).

Рисунок 1. Возрастные коэффициенты рождаемости в странах исхода и в России, 2010-2015



Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *World Population Prospects 2019, Online Edition. Rev.*

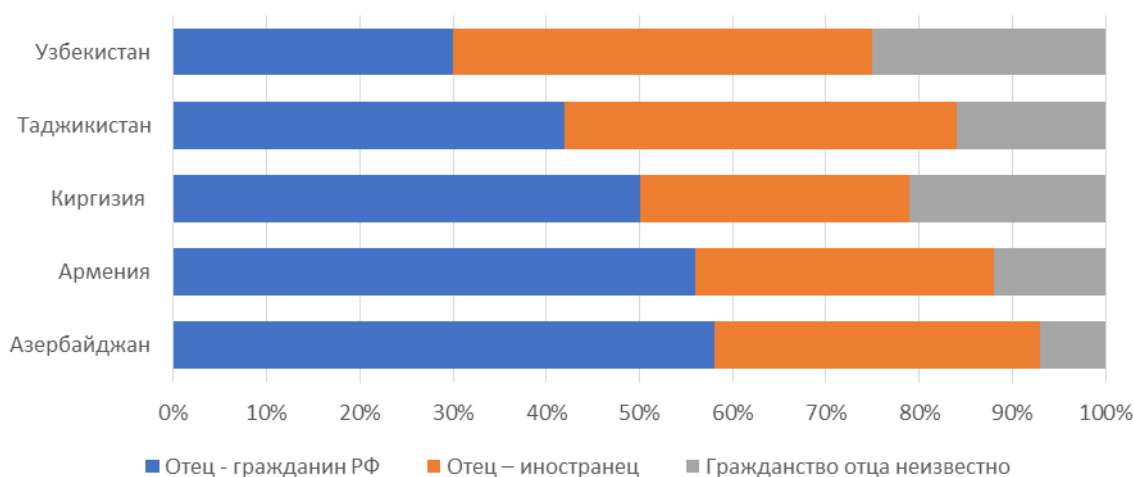
Еще одно допущение касается состава родительских пар по наличию миграционного происхождения у одного или обоих родителей. Поскольку определение числа новорожденных основано на рождаемости матерей-мигранток, вычисляемый результат соответствует гипотетической численности детей, которые рождены в парах, где мать является мигранткой, а отец может быть, как мигрантом, так и местным уроженцем. Рождаемость же смешанных пар, в которых мигрантами являются лишь отцы, не

учитывается моделью. Что еще важнее, модель не даёт возможности вычислить число детей, рожденных в парах, где оба родителя имеют миграционный фон, т. е. той части потомков мигрантов, для которой высокий риск академической неуспешности более ожидаем.

Для определения числа детей, родившихся у разных по составу родительских пар, требуется введение дополнительного параметра. Можно предложить два подхода.

1. *Взвесить числа родившихся на вклад в рождаемость разных по составу родительских пар.* В отсутствии непосредственных данных о составе родительских пар по стране рождения использовано распределение по стране гражданства родителей, которое с 2011 г. фиксируется в рамках текущего учёта рождаемости (рисунок 2). При этом принято допущение, что граждане России не являются мигрантами, и все родительские пары иммигрант(-ка) + гражданин (-ка) России признаны смешанными. Также не принимали в расчёт то, что наличие российского гражданства у одного из супругов облегчает его получение для второго. Для осязаемой части новорожденных текущий учет фиксирует лишь гражданство матери; гражданство отца неизвестно. В части случаев отсутствие второго родителя является фикцией, однако установить, в какой именно, по данным текущего учета нельзя. Эту часть рождений можно распределить либо пропорционально между разными типами родительских пар, либо целиком включить в группу рождений, где единственный родитель либо оба родителя имеют миграционный фон.

Рисунок 2. Распределение рождений у матерей-иностранок по гражданской принадлежности отца ребенка, 2011-2014

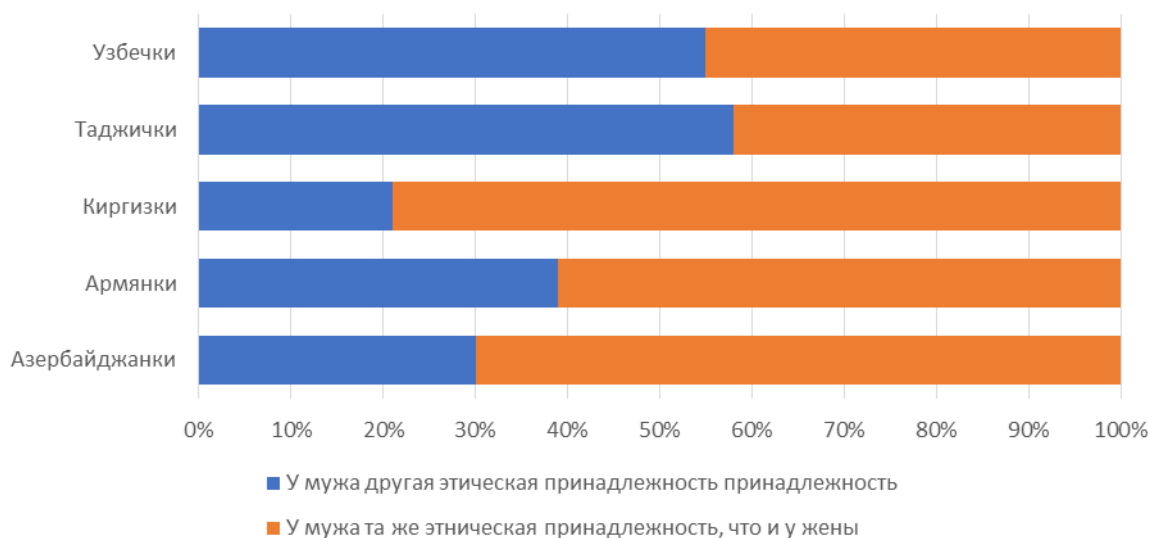


Источник: Расчёт автора по данным Росстата «Число родившихся по гражданству матери и отца, Российская федерация, городское и сельское население».

2. *Взвесить число потенциальных матерей на долю женщин, состоящих в браке с мужчиной своей национальности (по титульному этносу страны исхода).* Источником данных об этническом составе брачных пар является Всероссийская перепись населения 2010 г. (ВПН-2010). При этом допускается, что, во-первых, этническая принадлежность определяет наличие миграционного фона и идентифицирует страну происхождения; а во-вторых, распределение брачных пар по этническому составу одинаково для супругов всех возрастов. В результате этой операции вычисляемая численность родившихся относится лишь к детям, оба родителя которых имеют миграционный фон (рисунок 3).

При моделировании рождаемости были выполнены расчёты всеми вышеописанными способами; для каждой страны исхода были отобраны минимальные и максимальные значения.

Рисунок 3. Состав брачных пар женщин отдельных национальностей, родившихся за пределами РФ, по этнической принадлежности супругов, 2010



Источник: ВПН-2010; приводится по (Сороко 2014).

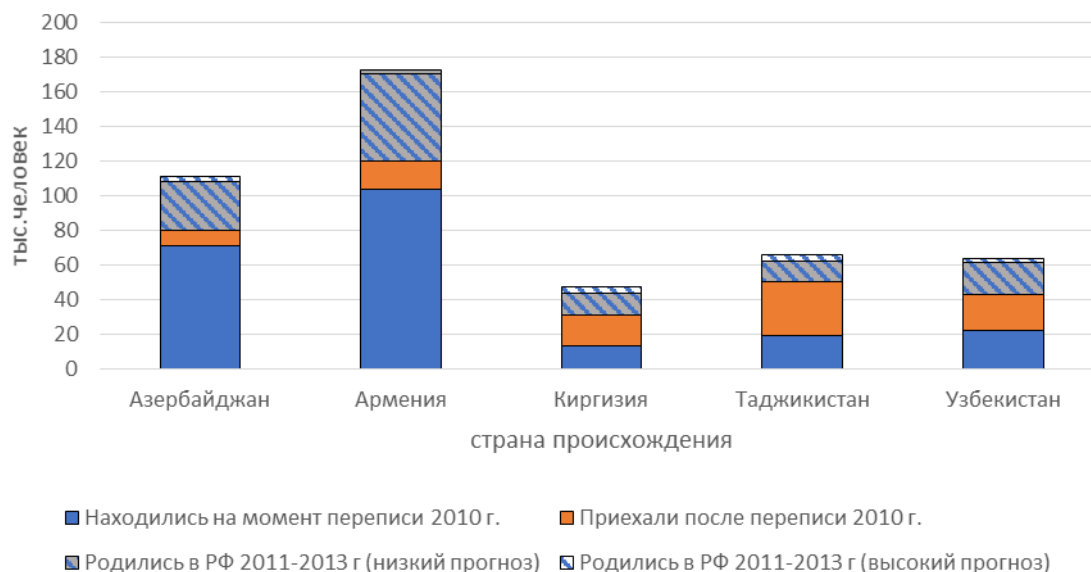
Предположения о миграционном компоненте динамики численности детей. Миграционный прирост – это единственная составляющая изменения численности контингентов мигрантов, наблюдаемая непосредственно и фиксируемая текущим учётом. Для модели использовали данные Федеральной службы государственной статистики о миграционном приросте (диверсифицированном по возрасту и полу) за период с 2011 по 2020 г. В рамках модели принято допущение об отсутствии неучтенной (нелегальной) миграции.

Данные о миграционном приросте агрегированы по пятилетним возрастным группам, что определяет пятилетний шаг прогнозирования модели. При разбиении возрастных групп в дальнейшем анализе применена гипотеза о равномерном распределении по возрастам внутри пятилетних групп.

Предположения о режиме смертности мигрантов и их потомков. Поскольку целью модели является установление численности молодых когорт, для которых влияние смертности невелико, в рамках предлагаемой модели принято допущение о нулевой смертности.

Результаты модели. Согласно полученной оценке, к концу 2020 г. число детей мигрантов из избранных стран в школьных возрастах (7-17 лет включительно) составляло от 445 тыс. по низкому прогнозу рождаемости до 460 тыс. по высокому прогнозу. Из этого числа половина приходится на детей, которые находились на территории РФ в момент переписи, 20% – на детей, которые приехали из-за рубежа не ранее 2011 г., и оставшиеся 30% – на детей, родившихся в семьях мигрантов в России в период с 2011 по 2013 г., т. е. достигших школьного возраста к 2020 г. (рисунок 4).

Рисунок 4. Распределение оценочного числа детей мигрантов из избранных стран по времени и месту рождения относительно переписи 2010 г., на конец 2020, тыс. чел.



Источник: Расчёт автора на основе данных Росстата, ВПН-2010, WPP – 2019.

Согласно сведениям Министерства просвещения РФ, на начало учебного года 2020/2021 в российских школах обучалось 16,6 млн детей. Если исходить из нашей оценки, а также из того, что все дети мигрантов обучаются по программам, соответствующим возрасту, то доля детей мигрантов в российских школах в масштабе страны окажется невысокой: менее 1% для детей мигрантов из Средней Азии и 1,5% – из Армении и Азербайджана; лишь 0,6% школьников имели собственный миграционный опыт, полученный после 2011 г.

Малая доля детей мигрантов в масштабе страны не означает, что проблема их интеграции малозначительна: они распределены по школам очень неравномерно даже в рамках района, и тем более – страны (Фрумин, Пинская, Косарецкий 2012: 20). Если в одних школах вопрос адаптации детей мигрантов не актуален, то в других он стоит очень остро.

Операционализация успеха интеграции у детей мигрантов: подходы в международном дискурсе

Интеграция детей мигрантов в мировой литературе всегда обсуждается в контексте образования: помимо того, что школа формирует человеческий капитал, непосредственно влияющий на весь жизненный путь индивида, она также является основной площадкой для социальной интеграции, где дети мигрантов выстраивают общение со сверстниками и осваивают новые культурные и языковые навыки (International Organization for Migration 2019: 225). Внутри этого дискурса можно выделить две темы, заслуживающие особого внимания.

Во-первых, языковая компетентность, как необходимое (но не достаточное) условие успешной адаптации детей мигрантов. Язык обладает критически важными функциями: во-первых, это ресурс, ценный в контексте академической успеваемости и рынке труда;

во-вторых, это средство повседневного общения; в-третьих – символ принадлежности (или чужеродности) (Esser 2006: i).

Во-вторых, возраст мигранта при переезде. Обратная корреляция между возрастом иммиграции и академическими успехами индивида (age-at-migration effect) объясняется в литературе возрастными особенностями психо- и нейрофизиологии, а также особенностями влияния институциональной среды, жестко привязанной к возрасту ребенка. Чем младше ребенок к моменту приезда, тем больше у него времени на языковую адаптацию и аккультурацию в целом, тем меньше проявляется несоответствий в образовательных программах стран эмиграции и иммиграции, и тем лучше родители успевают подготовиться к критическим точкам в образовательной биографии своих детей (Söhn 2011: 29-30). Считается, что иммигранты овладевают вторым языком на уровне носителя, если они приезжают в страну в возрасте до 7-10 лет. После эффективность обучения снижается, достигая минимума к 15 годам (Esser 2006: 58-60).

Оценка распространенности характеристик, связанных с недостаточной адаптированностью детей мигрантов

В основе специфических образовательных потребностей детей мигрантов лежит необходимость развивать языковые компетенции, однако далеко не каждый ребенок из семьи мигрантов испытывает трудности в языковой адаптации и имеет особые образовательные потребности, поскольку русский является языком домашнего общения для многих семей всего постсоветского пространства.

О том, насколько распространена проблема недостаточной языковой компетентности у детей мигрантов, косвенно можно судить по данным выборочного исследования «Анализ миграционного профиля, проблем адаптации и интеграции мигрантов», проведенного в 2017 г. Институтом демографии НИУ ВШЭ и Центром этнополитических и региональных исследований. Помимо информации о самих респондентах, в ходе опроса были также получены данные о членах их семей. В обследовании приняли участие 8577 мигрантов-иностранцев из стран СНГ и Грузии в 19 регионах России. Из них 16,5% мигрантов проживают в России вместе с детьми младше 18 лет.

Программа опроса предполагала получение ответов на несколько вопросов, описывающих языковое поведение мигрантов и членов их семей, на основе которых выявляются характеристики, ассоциированные с риском недостаточной языковой компетенции ребенка (таблица).

Оцените знание русского языка респондентом (для интервьюера). Интервьюеры субъективно оценивали уровень владения русским языком у респондентов по шкале от 1 (очень плохо) до 5 (очень хорошо). Данный индикатор не говорит напрямую о языковых компетенциях ребенка (поскольку речь идет лишь об оценке для одного из родителей), однако может считаться косвенным свидетельством того, что русский язык для детей из таких семей не является родным и не усваивается естественно в раннем возрасте

На каком языке Вы чаще всего общаетесь в России дома? Более 20% выходцев из Средней Азии и Закавказья используют в качестве языка семейного общения исключительно русский, и около половины – в равной степени как русский, так и родной язык. Во всех этих ситуациях принимается, что дети в этой семье имеют образец русского

языка. В качестве маркера повышенного риска недостаточной языковой компетенции принимается только ответ «на другом (не русском)».

Каким языком ребенок (дети) лучше владеет(-ют) – родным или русским? Этим вопросом измеряются языковые компетенции детей мигрантов по оценке самих респондентов. Ответ, что дети лучше владеют родным языком, довольно распространен, если семья приехала в Россию недавно (в год опроса или в предшествующий год) – его выбрали 30% недавних мигрантов с детьми из стран Центральной Азии.

Ходят ли Ваши дети в России в детский сад/ясли? Этот вопрос позволяет оценить долю респондентов с детьми дошкольного возраста, для которых доступ к услугам детского сада затруднен, либо эти услуги не востребованы. Детский сад позволяет детям осваивать русский язык в качестве носителей и при условии отсутствия образца русской речи в семье.

Таблица. Модельные коэффициенты риска недостаточной языковой компетенции детей мигрантов

Коэффициенты риска недостаточной языковой компетентности ребенка	Страна исхода/происхождения	Значения коэффициентов в границах доверительного интервала, при уровне значимости 0,05	
		min	max
k ₁ : Недостаточное знание русского языка у родителей (оценка интервьюера – от 1 до 3 вкл.)	Киргизия	0,12	0,29
	Таджикистан	0,23	0,38
	Узбекистан	0,23	0,40
	Азербайджан	0,18	0,36
	Армения	0,09	0,21
k ₂ : Преимущественное использование нерусского языка в домашнем общении	Киргизия	0,20	0,38
	Таджикистан	0,27	0,43
	Узбекистан	0,21	0,38
	Азербайджан	0,16	0,40
	Армения	0,17	0,36
k ₃ : У детей уровень владения русским языком ниже, чем родным	Киргизия	0,05	0,18
	Таджикистан	0,12	0,24
	Узбекистан	0,09	0,22
	Азербайджан	0,03	0,18
	Армения	0,03	0,13
k ₄ : Дети дошкольного возраста не посещают детский сад	Киргизия	0,74	0,86
	Таджикистан	0,67	0,78
	Узбекистан	0,67	0,79
	Азербайджан	0,15	0,23
	Армения	0,22	0,31

Источник: Расчет автора на основе данных обследования «Анализ миграционного профиля, проблем адаптации и интеграции мигрантов» (НИУ «Высшая школа экономики» 2017).

Оценка численности детей мигрантов в возрасте 7-17 лет, нуждающихся в образовательной поддержке

Для отслеживания возраста иммиграции с учётом передвижки возрастов, мы воспользовались демографической сеткой (сеткой Лексиса), составленной на основе данных о миграционном приросте. При этом допускали, что состав детей неизменен; миграционный прирост рассматривали как число прибытий при отсутствии убытий.

Всю совокупность детей мигрантов в возрасте от 7 до 17 лет, условно проживающих в России на конец 2020 г., мы разделили на пять групп, для каждой из которых предполагали различные риски и методы их оценки.

К группе 1 (P_1), наименее подверженной рискам, мы отнесли детей, которые на момент ВПН-2010 находились на территории России и были учтены переписью. Самые старшие из них к 2020 г. имели 10-летний опыт социализации в русскоязычной среде (если считать, что дети начали школьное обучение в соответствии с возрастом), а самые младшие достигли 10 лет и обучались в 4-5 классе. Можно предположить, что этого опыта достаточно, чтобы нивелировать эффекты ранней социализации вне русскоязычной среды (если таковая имела место). Таким образом, в рамках модели принимали, что на момент 2020 г. дети из первой группы не имели особых образовательных потребностей, связанных с миграционным происхождением.

Группы 2 (P_2) и 3 (P_3) составляют дети, родившиеся на территории России после 2010 г. и приехавшие в возрасте до 5 лет. В отличие от предыдущей группы, внутри этих категорий выделены контингенты детей, которые к 2020 г. только начали обучение в школе и возможно еще не получили достаточного учебного и социального опыта использования русского языка, чтобы освоить его на уровне носителей. В соответствии с этой логикой дети 2011-2013 годов рождения могут стать реципиентами языковой поддержки.

Риск недостаточной языковой компетенции не распространяется на детей, у которых лишь один из родителей является мигрантом (а второй считается носителем русского языка – для родившихся в РФ), которые посещали детский сад и воспитываются в семьях, где русский язык используется в домашнем общении. Число детей под риском ($R_{2,3}$) взвешивали на произведение доли семей, в которых дети дошкольного возраста не посещают детский сад (k_4), и доли семей, в которых русский язык не является преобладающим языком домашнего общения (k_2):

$$R_{2,3} = (P_2^{2011-2013} + P_3^{2011-2013}) * k_2 * k_4.$$

Группа 4 (P_4) включает детей, которые совершили миграцию в возрасте от 6 до 10 лет. Поскольку эти дети приезжают с уже сложившимся языковым поведением, им требуется больше усилий, чтобы освоить русский язык на достаточном уровне. Однако международные исследования показывают, что если миграция совершена до 10 лет, то дети успешно осваивают язык принимающего общества, особенно в сравнении с теми, у кого миграция произошла позже.

Нижняя оценка доли детей с риском недостаточной языковой компетентности соответствует значению коэффициента k_3 (уровень владения русским языком ниже, чем родным). Верхняя оценка учитывает гипотетический риск, что родители, плохо владеющие русским языком (k_1), неадекватно оценивают лингвистические компетенции своих детей (русский язык при этом не является языком семейного общения (k_2)):

$$R_4^{min} = P_4^{min} * k_3; R_4^{max} = P_4^{max} * (k_3 + k_2 * k_1).$$

Группа 5 (P_5) – самая уязвимая – включает детей, совершивших миграцию после 10 лет. Для этих детей проблемы языковой адаптации, которая в подростковом возрасте затруднена, усугубляются сложностью учебной программы в средних классах. Важно также и то, что на этот период приходятся экзамены, определяющие дальнейшую

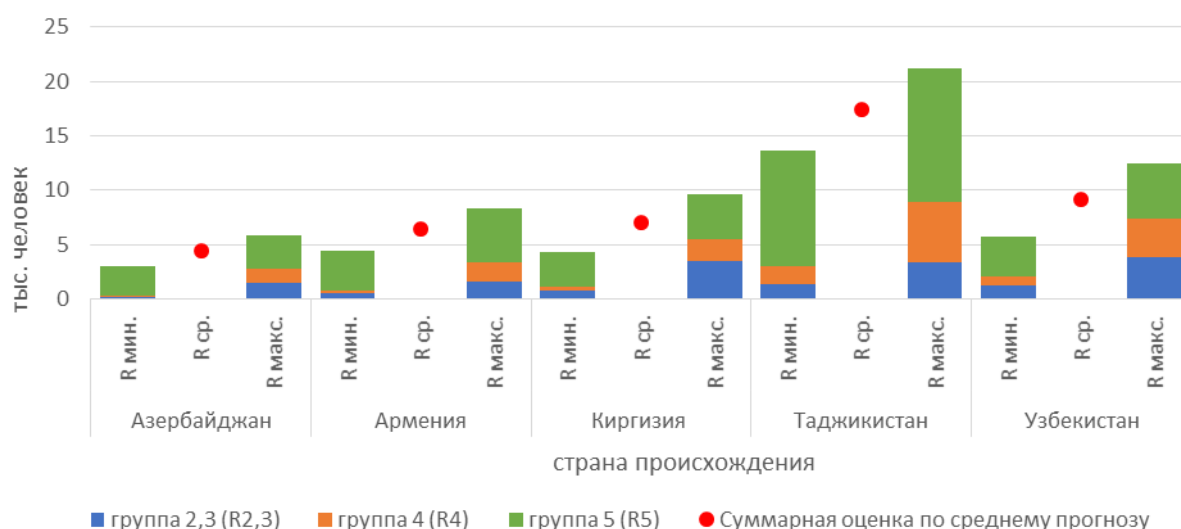
образовательную траекторию. В отличие от младших школьников, осваивающих письменный русский язык параллельно с ровесниками без миграционного фона, дети, мигрировавшие в средней и старшей школе, вынуждены учиться в догоняющем режиме. Таким образом, приезжающим в подростковом возрасте важно получить не только интенсивную языковую подготовку; академическая поддержка требуется даже детям с хорошим уровнем русского языка, поскольку они нуждаются в адаптации к новой учебной программе.

Таким образом, не будет большим преувеличением сказать, что 100% детей из этой группы находятся под риском низких образовательных результатов – в этой логике определяется верхняя граница числа детей, имеющих риск академической неуспешности, связанной с миграционным опытом. Низкий прогноз включает только детей, прибывших в Россию в 2018 г. и позже – т. е. к концу 2020 г. имевших не более трех лет опыта обучения в русскоязычной среде:

$$R_5^{max} = P_5^{max}; R_5^{min} = P_5^{2018-2019}.$$

Итоговое число детей, имеющих особые образовательные потребности и нуждающихся в дополнительной языковой и академической поддержке, составило от 30 до 60 тыс. (рисунок 5), или 7-13% от расчётного числа детей мигрантов в возрасте от 7 до 17 лет.

Рисунок 5. Оценка численности детей с миграционным фоном в возрасте 7-17 лет, имеющих высокий риск академической неуспешности (низкий, средний и высокий варианты прогноза), на конец 2020, тыс. чел.



Источник: Расчёт автора на основе данных Росстата, ВПН-2010, WPP-2019, (НИУ "Высшая школа экономики" 2017).

Наибольший вклад в число уязвимых детей приносят потомки мигрантов из Таджикистана – на их долю приходится около 40% всей совокупности. На потомков мигрантов из стран Центральной Азии приходится 3/4 всех детей, которые могут испытывать потребность в интеграционной поддержке (рисунок 6). Подавляющее большинство детей из всей совокупности приехали в Россию в подростковом возрасте (группа 5).

Рисунок 6. Вклад стран исхода/происхождения в оценочную численность детей мигрантов, нуждающихся в образовательной поддержке (по среднему прогнозу)



Источник: Расчёт автора на основе данных Росстата, ВПН-2010, WPP-2019, (НИУ «Высшая школа экономики» 2017).

Заключение

Хотя крупные выборочные обследования школьников не фиксируют статистически значимых проблем ни в академической успеваемости, ни в социальной адаптации детей мигрантов, сообщество экспертов-практиков не вполне доверяет этим результатам и связывает это с недостаточной чувствительностью инструментов таких обследований к латентному неравенству и неблагополучию детей мигрантов в сравнении с другими детьми.

Наша модель, основанная на данных, полученных вне школьных стен, предполагает, что от 30 до 60 тыс. детей мигрантов нуждаются в особой языковой и академической поддержке. В соответствии со средним сценарием это каждый десятый ребенок иммигрантов из стран Средней Азии и Закавказья. Можно ожидать, что полученная оценка занижена из-за недоучета числа мигрантов в целом, а также того, что контингент мигрантов обновляется, а потому длительность нахождения в языковой среде меньше расчётной.

Результаты модели могут быть подвергнуты критике, поскольку они исходят из множества допущений и зависят от выбора предположений о базовой численности иммигрантского населения, параметров рождаемости и состава родительских пар, а также от того, как будут операционализированы специфические для детей с иммиграционным фоном образовательные потребности.

Однако, несмотря на приблизительность полученных оценок, представленная модель демонстрирует, что десяткам тысяч детей требуется помощь в получении доступа к равным возможностям в школьном образовании.

Инфраструктура, нацеленная на поддержку детей мигрантов, на сегодняшний день недостаточна, о чем говорят специалисты, которые и развивают ее в рамках частных инициатив. Отсутствие системных решений для поддержки детей мигрантов формирует вокруг этой темы информационный вакуум: мигранты не знают о возможности получить помощь для своих детей, люди, готовые такую помощь предоставить, не понимают, как много потенциальных благополучателей нуждаются в их поддержке, родители из местного большинства испытывают тревожность, переходящую в ксенофобию, а лица, принимающие решения, не получают обратную связь и либо не замечают проблем, либо демонизируют их. Игнорирование проблем, с которыми сталкиваются дети мигрантов в поиске своего места в принимающем обществе, может привести к серьезным негативным последствиям для общества в целом.

Литература

- Александров Д.А., Баранова В.В., Иванюшина В.А. (2012). Дети и родители-мигранты во взаимодействии с российской школой. *Вопросы образования*, 1, 176-199. <https://doi.org/10.17323/1814-9545-2012-1-176-199>
- Вандышев М.Н. (2019). Как обучать детей мигрантов - вместе или отдельно? Опыт педагогов Свердловской области. *Вопросы образования*, 2, 179-198. <https://doi.org/10.17323/1814-9545-2019-2-179-198>
- Деминцева Е.Б. (2019). Этнические vs социальные границы: дети мигрантов в школах. *Этнографическое обозрение*, 2, 98-113. <https://doi.org/10.31857/S086954150004878-5>
- Деминцева Е.Б., Зеленова Д.А., Опарин Д.А., Космидис Е.А. (2017). Возможности адаптации детей мигрантов в школах Москвы и Подмосковья. *Демографическое обозрение*, 4(4), 80-109. <https://doi.org/10.17323/demreview.v4i4.7529>
- Денисенко М.Б., Смирнова М.А., Степанова А.В. (2022). Выборочные обследования и переписи населения как источники данных о втором поколении мигрантов: зарубежный опыт. *Вопросы статистики*, 29(3), 46-60. <https://doi.org/10.34023/2313-6383-2022-29-5-46-60>
- Казенин К.И. (2017). Рождаемость в семьях мигрантов: Данные, гипотезы, модели (обзор зарубежных исследований). *Демографическое обозрение*, 4(4), 6-79. <https://doi.org/10.17323/demreview.v4i4.7528>
- Козлова М.А., Михеев И.С. (2020) Управление многообразием в эпоху транснационализма: перспективы и ограничения в образовательном пространстве. *The Journal of Social Policy Studies*, 18(4), 657-672. <https://doi.org/10.17323/727-0634-2020-18-4-657-672>
- Макаров А.Я. (2010). Особенности этнокультурной адаптации детей мигрантов в московских школах. *Социологические исследования*, 8 (316), 94 – 101. https://www.isras.ru/files/File/Socis/2010-8/Makarov_13.pdf
- Мукомель В. И. (2012). Особенности адаптации и интеграции представителей полукоренного поколения мигрантов. В *Социология и общество: глобальные вызовы и региональное развитие: Материалы IV Очередного Всероссийского социологического конгресса/ РОС, ИС РАН, АН РБ, ИСППИ (с. 8148-8156)*. Москва, РОС. <http://www.isras.ru/files/File/congress2012/part60.pdf>

- Нестерова А.А. (2018). Дети, охваченные миграционными процессами: разнообразие, вызовы и диверсификация моделей поддержки. *The Journal of Social Policy Studies*, 16(4), 645-660. <https://doi.org/10.17323/727-0634-2018-16-4-645-660>
- НИУ «Высшая школа экономики» (2017). Анализ миграционного профиля, проблема адаптации и интеграции мигрантов.
- НИУ «Высшая школа экономики» (2020). Аналитический отчет о проведении экспертного опроса по вопросам адаптации детей-мигрантов в сфере образования в Санкт-Петербурге. <http://www.spbredcross.org/images/2020/experts.pdf>
- Омельченко Е.А. (2019). Образование детей международных мигрантов как вклад в устойчивое развитие? *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Международные отношения*, 19 (2), 306-316. <https://doi.org/10.22363/2313-0660-2019-19-2-306-316>
- Омельченко Е.А. (2021). Дети из семей мигрантов в Рязанской и Калужской областях: проблемы интеграции в российское общество. *Вестник Чувашского университета*, 2, 142-157. <https://doi.org/10.47026/1810-1909-2021-2-142-157>
- Панова Е.А. (2008). «Чужой» за школьной партой: представление учителей об этнических различиях. В Воронков В., Карпенко О., Осипов А. (Ред.). *Расизм в языке образования* (с. 115 – 139). СПб.: Алетейя.
- Росстат (2010). *Всероссийская перепись населения 2010. Том 4. Национальный состав и владение языками, гражданство*. https://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/perepis_itogi1612.html
- Сороко Е.Л. (2014). Этнически смешанные супружеские пары в Российской Федерации. *Демографическое обозрение*, 4 (4), 96 – 123. <https://doi.org/10.17323/demreview.v1i4.1804>
- Уполномоченный по правам человека в городе Москве (2018). *Проблемы защиты прав детей, не имеющих гражданства Российской Федерации, в городе Москве*. <https://ombudsman.mos.ru/Deyatelnost/documents/129>
- Флоринская Ю.Ф. (2012). Миграция семей с детьми в Россию: проблемы интеграции (по материалам социологических опросов Центра миграционных исследований). *Проблемы прогнозирования*, 4, 118-127. <https://ecfor.ru/publication/migratsiya-semej-s-detmi-v-rossiyu/>
- Фрумин И.Д., Пинская М.А., Косарецкий С.Г. (2012). Социально-экономическое и территориальное неравенство учеников и школ. *Народное образование*, 1, 17-24. <https://publications.hse.ru/pubs/share/folder/xtmfig4m85/59878503.pdf>
- Хухлаев О.Е., Чибисова М.Ю., Кузнецов И.М. (2014). Школа как транслятор культуры принимающего общества: интеграция детей мигрантов в образовательной среде. *Культурно-историческая психология*, 10 (1), 95—103. https://psyjournals.ru/journals/chp/archive/2014_n1/67635
- Anisef P., Brown R.S., Phythian K., Sweet R., Walters D. (2010). Early School Leaving among Immigrants in Toronto Secondary Schools. *Canadian Review of Sociology/Revue Canadienne de Sociologie*, 47(2), 103–128. <http://doi.org/10.1111/j.1755-618x.2010.01226.x>

- Christensen G., Stanat P. (2007). Language policies and practices for helping immigrants and second-generation students succeed. The transatlantic task force on immigration and integration. Migration Policy Institute. <https://www.migrationpolicy.org/research/language-policies-and-practices-helping-immigrants-and-second-generation-students-succeed>
- Esser H. (2006). *Migration, Sprache und Integration. (AKI-Forschungsbilanz, 4)*. Berlin, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH FSP Zivilgesellschaft, Konflikte und Demokratie Arbeitsstelle Interkulturelle Konflikte und gesellschaftliche Integration -AKI-. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-113493>
- Impicciatore R., Giuseppe G., Paterno A. (2020). Migrants' Fertility in Italy: A Comparison Between Origin and Destination. *European Journal of Population*, 36, 799–825, <https://doi.org/10.1007/s10680-019-09553-w>
- International Organization for Migration (2019). *World Migration Report 2020*. Retrieved from https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf
- Migration Policy Index (2020). *Russia: Key findings 2020*. Retrieved from <https://www.mipex.eu/russia>
- Söhn J. (2011) Immigrants' Educational Attainment: A Closer Look at the Age-at-Migration Effect. In: Wingens M., Windzio M., de Valk H., Aybek C. (eds). *A Life-Course Perspective on Migration and Integration* (pp. 27-53). Dordrecht: Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-1545-5_2

**Армяне юга России –
современная
геодемографическая динамика
региональных общин
(2010-е – начало 2020-х гг.)**

Сергей Яковлевич Суций
(SS7707@mail.ru), Федеральный
исследовательский центр
Южный научный центр РАН, Россия.

**Armenians of southern Russia –
modern geodemographic
dynamics of regional
communities
(2010s – early 2020s)**

Sergey Sushchiy
(SS7707@mail.ru), Federal Research Centre
the Southern Scientific Centre of the Russian
Academy of Sciences, Russia.

Резюме: В статье анализируются особенности естественной, миграционной, ассимиляционной динамики армян Юга России в 2010-е – начале 2020-х годов. На основе сравнительного анализа параметров естественного воспроизводства населения Армении, южнороссийских регионов и региональных армянских общин делается вывод, что для большинства последних результирующей их естественной динамики в 2010-е годы являлся минимальный прирост или демографическое равновесие. В межрегиональном взаимодействии с другими территориями России часть южнороссийских армянских общин в 2010-е годы преимущественно теряла население (Астраханская, Волгоградская, Ростовская области, Калмыкия), другая часть увеличивала его (Краснодарский край, Адыгея, Крым, Севастополь). Но в международной компоненте миграционной динамики все региональные группы имели положительное сальдо, которое по размеру значительно превышало межрегиональную составляющую, обеспечивая общий приток армянского населения (наиболее значительным он был в Краснодарском крае, Ростовской и Волгоградской областях). Анализ динамики ассимиляционного процесса позволяет сделать вывод о примерном равновесии в 2010-е годы во всех армянских общинах Юга России демографической убыли и пополнения, связанных с распространением межнациональной брачности и количественным ростом смешанного потомства, обладающего сложной самоидентичностью. Таким образом, зафиксированное Всероссийской переписью 2020 (2021) г. сокращение численности этнических армян на Юге России в 2010-е годы на 24,6% не могло быть следствием ни одного из факторов демографической динамики региональных общин. Согласно выполненному расчету, численность южнороссийских армян в 2010–2021 гг. должна была вырасти на 11,1-11,2% (сокращение могла продемонстрировать только община Калмыкии). Основной причиной данного количественного расхождения представляется существенный недоучет армянского населения во время переписи. Этот недоучет имел серьезную расселенческую специфику: прежде всего были недоучтены горожане (их численность по официальной статистике сократилась за 2010-2021 гг. на 32,3%; сельских армян – на 14,4%). Согласно проведенному исследованию, использование в исследовательской и административной деятельности этнодемографических результатов переписи 2021 г. предполагает проведение предварительного анализа, позволяющего оценить уровень их достоверности (как для России в целом, так и каждой из ее территорий).

Ключевые слова: Армяне Юга России, региональные этнические общины, естественное воспроизводство населения, миграция, ассимиляционные процессы, геодемографическая динамика, Всероссийская перепись населения 2020 (2021) г.

Финансирование: Статья подготовлена в рамках Государственного задания Южного научного центра РАН № 122020100349-6.

Для цитирования: Суций С.Я. (2024). Армяне юга России – современная геодемографическая динамика региональных общин (2010-е – начало 2020-х гг.). Демографическое обозрение, 11(1), 104-123. <https://doi.org/10.17323/demreview.v11i1.20934>

Abstract: The article analyzes the features of the natural, migration, assimilation dynamics of the Armenians of southern Russia in the 2010s – early 2020s. Based on a comparative analysis of the parameters of natural reproduction of the population of Armenia, southern Russian regions and regional Armenian communities, it is concluded that for most communities, their resulting natural dynamics in the 2010s was a minimal increase or demographic equilibrium. In interregional interchange with other territories of Russia, part of the southern Russian Armenian communities in the 2010s mainly lost population (Astrakhan, Volgograd, Rostov regions, Kalmykia), while the other part gained it (Krasnodar Territory, Adygea, Crimea, Sevastopol). But in the international component of

migration dynamics, all regional groups had a positive balance, which significantly exceeded the interregional component in size, providing a general influx of the Armenian population (most significant in the Krasnodar Territory, Rostov and Volgograd regions). The analysis of the dynamics of the assimilation process allows us to conclude that in the 2010s, in all Armenian communities in the South of Russia, there was demographic decline and replenishment associated with the spread of interethnic marriage and the quantitative growth of mixed offspring who had a complex identity. Thus, 24.6% of the decrease in the size of the Armenian population of southern Russia in the 2010s, recorded by the All-Russian 2020 (2021) population census, could not be the result of any of the factors of the demographic dynamics of regional communities. According to our calculation, the number of Armenians in southern Russia in 2010–2021 should have grown by 11.1–11.2% (only the community of Kalmykia could show a reduction). The main reason for this quantitative discrepancy is a significant underestimation of the Armenian population during the 2021 census. This underestimation depended very much on the type of settlement, with townspeople being most underestimated (according to official statistics, their number decreased by 32.3% in 2010–2021, and that of rural Armenians by 14.4%). The study leads to the conclusion that the use of ethno-demographic results of the 2021 census in research and administrative activities presupposes a preliminary analysis that allows us to assess the degree of their reliability (both for Russia as a whole and for each of its territories).

Keywords: Armenians in the South of Russia, regional ethnic communities, natural reproduction of population, migration, assimilation processes, geodemographic dynamics, All-Russian population census 2020 (2021).

Funding: The article was prepared within the framework of the State assignment of the Southern Scientific Center of the Russian Academy of Sciences No. 122020100349-6.

For citation: Sushchiy S. (2024). Armenians of southern Russia – modern geodemographic dynamics of regional communities (2010s – early 2020s). *Demographic Review*, 11(1), 104-123. <https://doi.org/10.17323/demreview.v11i1.20934>

Армяне являются одним из крупнейших национальных сообществ России. В демографическом рейтинге ее народов во всех трех переписях постсоветского периода (2002, 2010 и 2021 гг.) они располагались на 7-й позиции, занимая при этом первое место среди национальностей, материнский ареал расселения которых находится за пределами Российской Федерации.

Ведущим средоточием армянской диаспоры с момента ее формирования в России являлся южный макрорегион, включающий территории Дона, степного Предкавказья, Нижнего Поволжья, Крыма ¹. Хотя доля российских армян, сосредоточенных на Юге России (далее ЮР), с течением времени постепенно сокращалась. Если в конце XIX века на южный макрорегион приходилось около 95% армянского населения, проживавшего в границах современной РФ, то к середине XX века этот показатель сократился до 80%, а в конце советского периода оставлял 70% (Суций 2018: 129-135). Сохранился данный тренд и в постсоветские десятилетия. Тем не менее в начале 2020-х годов на ЮР по-прежнему приходилось более половины всего армянского населения РФ.

Таким образом, именно изменения численности южнороссийских армян в значительной степени определяют количественную динамику всей российской диаспоры. Анализ данной макрорегиональной этнической группы является приоритетным направлением при изучении демографических аспектов жизнедеятельности одного из крупнейших народов России.

Геодемографические особенности функционирования армянских общин ЮР в постсоветский период не были обделены вниманием исследователей (Тер-Саркисянц, Худовердян 1993; Тер-Саркисянц 1998; Батиев, Суций 2015; Суций 2020). Тем не менее многие аспекты данной обширной проблематики требуют более детального изучения. Максимальный интерес здесь представляют современные демографические тренды, которые пока еще не становились объектом детального анализа. Южнороссийские армяне в данном аспекте интересны еще и потому, что наличествует достаточно полная информация, позволяющая без больших погрешностей представить естественную и миграционную динамику региональных общин в 2010-е – начале 2020-х годов. А множественные исследования социоэтнокультурной динамики армянского населения Дона, Кубани и Ставрополья (ведущих средоточий российской диаспоры), проведенные в последние 10-15 лет, дают возможность оценить влияние на демографическую динамику армян ЮР ассимиляционного процесса (Денисова и др. 2018; Армяне Юга России 2011; Армянская община на Дону 2022).

Таким образом, могут быть установлены все три фактора количественной динамики армянского населения. А полученные расчетные оценки его численности (в целом по ЮР и отдельным его регионам) в начале 2020-х годов могут быть сопоставлены с результатами последней Всероссийской переписи 2020 г. (фактически проведена по состоянию на 1 октября 2021 г.). Что, на наш взгляд, представляет самостоятельную эвристическую ценность, поскольку в адрес данной переписи сразу после ее завершения экспертами было высказано немало критических замечаний вплоть до сомнения в возможности получить на

¹ Причем в Астрахани и на Крымском полуострове армянские общины укоренились за многие столетия до включения данных территорий в состав Российского государства. В пределах Дона, степного Предкавказья и восточного Причерноморья крупные группы армян появляются в период формирования региональных социумов (середина XVIII – вторая треть XIX века).

ее основе достоверную информацию о многих значимых социодемографических характеристиках российского населения, включая его этнонациональную структуру². Иными словами, комплексный анализ демографической динамики армянского населения ЮР в межпереписной период (2010-2021 гг.) может хотя бы отчасти ответить на вопрос, насколько оправданны такие сомнения.

На протяжении постсоветского периода административно-территориальные контуры южного макрорегиона России неоднократно менялись. В целях достоверности исследования на всех временных отрезках выполняемого количественного анализа мы будем учитывать армянское население в современных границах Южного Федерального округа (ЮФО), включающего восемь субъектов, в том числе три республики (Крым, Адыгею, Калмыкию), Краснодарский край, три области (Астраханскую, Волгоградскую, Ростовскую) и г. Севастополь³.

Информационные источники исследования – материалы последней переписи населения СССР 1989 г.; результаты трех постсоветских переписей России и двух переписей Армении⁴ (2001 и 2011 гг.), а также данные текущего демографического учета населения регионов ЮР и демографическая статистика, размещенная на сайте Государственного статистического комитета Армении⁵ (Демографический сборник Армении 2022).

В качестве источников информации о масштабах и направлении ассимиляционных процессов мы использовали результаты социологических исследований армянского населения ЮР, фиксирующие его национальные установки в сфере брачных отношений, удельный вес межнациональных семей и национальную самоидентификацию их смешанного потомства (Тер-Саркисянц 1998; Денисова и др. 2018; Армяне Юга России 2011; Армянская община на Дону 2022).

Количественная динамика армянского населения ЮР в постсоветский период

Медленный рост региональных армянских общин, фиксируемый послевоенные десятилетия (1950-1970-е годы) заметно ускорился в конце советского периода (в 1980-е годы он составил 40,2% для всего ЮР). На рубеже 1990-х годов численность южнороссийских армян приближалась к 270 тыс. (таблица 1). Еще более высокие темпы роста были продемонстрированы в первое постсоветское десятилетие. На протяжении 1990-х годов большинство региональных общин увеличило свои размеры в 1,5-2,0 раза,

² Вандышева О. (2022). Татар явно обделили. *Бизнес-газета*, 21.01.2023.

<https://dzen.ru/a/Y8uYWbbrYXwxfzI>;

«Кривая перепись населения» — причина кривой мобилизации. Демографы критикуют перепись-2021 (2022). *Фонтанка.ру*, 24.10.2022. <https://www.nn.ru/text/world/2022/10/24/71757359/>;

Сунцова Ю. (2021) Перепись людей или процентов от плана? *Новые известия*, 02.12.2021.

<https://newizv.ru/news/2021-12-02/mylny-puzyr-za-nashi-dengi-pochemu-perepis-naseleniya-ostalas-nikem-nezamechennoy-338115>

³ То есть данные по общей демографической динамике армянского населения Республики Крым и г. Севастополя будем учитывать в наших расчетах и до 2016 г., когда эти административные образования не входили в состав ЮФО.

⁴ Статистический комитет Республики Армения. Результаты переписи населения 2001 г.

<https://www.armstat.am/ru/?nid=748>; Результаты переписи населения 2011 г.

<https://www.armstat.am/ru/?nid=>

⁵ Демографический сборник Армении (2022). <https://www.armstat.am/ru/?nid=82&id=2535>

а армянское население Волгоградской области и полуострова Крым выросло соответственно в 4 и 4,3 раза (Севастополя – в 3,5 раза) (таблица 1). К началу XXI века в пределах ЮР уже было расселено более 445 тыс. армян – на 66% больше, чем в конце советского периода.

Таблица 1. Динамика армянского населения Юга России по данным всеобщих переписей населения 1989, 2002, 2010 и 2020 (2021) гг.

Территории	Число, тыс. чел.				Динамика, %		
	1989	2002	2010	2021	2002/1989	2010/2002	2021/2010
Адыгея	10,46	15,27	15,56	14,81	46,0	1,9	-4,8
Калмыкия	0,49	0,89	0,87	0,57	79,6	-2,3	-34,7
Республика Крым	2,39	10,09*	9,63**	7,72	321,4	-4,6	-19,9
Краснодарский край	182,2	274,6	281,7	211,1	50,7	2,6	-25,0
Астраханская область	2,81	6,31	5,82	4,15	124,8	-7,7	-28,7
Волгоградская область	6,78	26,97	27,85	15,89	297,6	3,2	-42,9
Ростовская область	62,6	110,0	110,7	86,3	75,7	0,7	-22,1
Севастополь	0,40	1,32*	1,40**	1,30	229,8	6,1	-6,9
Юг России (тыс. чел.)	268,2	445,4	453,5	341,8	66,1	1,8	-24,6

Источник: Рассчитано по: (Госкомстат СССР 1989; Росстат 2002; 2010; 2021; Итоги переписи населения в Крымском... 2015).

Примечание: * – 2001 г.; ** – 2014 г.

Но вековой рубеж оказался своего рода водоразделом в демографической динамике региональных общин. Масштабы миграционного притока (основной причины стремительного роста) из Армении и других государств Южного Кавказа, а также из Центральной Азии и республик Северного Кавказа к 1998-2000 гг. сокращаются на порядок. И количественная динамика южнороссийских общин, как и в советский период, начинает в значительной степени определяться их собственными воспроизводственными характеристиками. Согласно данным Всероссийских переписей 2002 и 2010 г. численность армян в большинстве регионов ЮР выросла за межпереписной период всего на 0,7-3,2%, а в двух регионах даже продемонстрировала сокращение – в Астраханской области и Калмыкии (соответственно на 7,7 и 2,3%).

В целом за 2002-2010 гг. армянское население южного макрорегиона увеличилось на 8,1 тыс. (с 445,4 до 453,5 тыс. человек). При этом согласно данным российской миграционной службы, чистый приток только из Армении на ЮР (без учета Крыма и Севастополя) в 2001-2010 гг. составил 22,4 тыс. человек. Следует иметь в виду, что данная цифра с большой вероятностью не учитывала теневого компонента миграционного пополнения региональных общин и в реальности могла быть заметно выше (Суций 2015: 236-238).

Первая половина – середина 2000-х годов относились к периоду с наихудшими показателями естественного прироста населения России (среднегодовой коэффициент его убыли в 2000-2005 гг. составил 6,2‰)⁶. Можно было бы предположить, что количественный перевес миграционного притока над общим демографическим ростом указывает на определенную естественную убыль южнороссийских армян в 2000-е годы, но более вероятным представляется некоторый недоучет армянского населения ЮР

⁶ Рассчитано по: Демографические показатели по 15 новым независимым государствам, 1992-2018. Демоскоп-Weekly. <https://www.demoscope.ru/weekly/pril.php>

во время переписи 2010 г., связанный в том числе с заметным ростом группы населения с неустановленной национальной принадлежностью. Если в результатах переписи 2002 г. доля такого населения по южнороссийским регионам составляла минимальную величину (0,01-0,4%) ⁷, то в 2010 г. она поднялась до 1,7-9,4%.

Показательно, что именно в Астраханской области, имевшей максимальный удельный вес лиц с неустановленной национальностью (9,4%), численность армян в 2002-2010 гг. сократилась на 7,7%. Притом, что данную региональную общину, самую молодую по возрастной структуре на ЮР, отличала максимальная репродуктивная активность. А к небольшому естественному приросту, имевшему место в ней в данное время, присоединялся чистый приток из Армении, за 2000-е годы составивший 1,53 тыс. человек (рассчитано по: (Росстат. ЕМИСС. Показатели)).

Перерасчет размера областной общины с учетом того, что в группе лиц с неустановленной национальностью присутствовали армяне (в той же удельной пропорции, как и во всем населении региона), позволяет получить более достоверные размеры общины свидетельствующие, что она в 2000-е годы, по крайней мере, не сокращалась в размерах. Такой же перерасчет для всего армянского населения ЮР дает цифру 463 тыс. – на 9,5 тыс. больше официальных результатов переписи 2010 г.

Еще более сложный и нелинейный характер демографическая динамика южнороссийских общин приобрела в 2010-е годы. К началу данного десятилетия произошло значительное улучшение показателей естественного воспроизводства населения России (прежде всего его репродуктивной активности), связанное со стимулирующими мерами федерального центра. Российские армяне не были исключением. Но закончилось данное десятилетие масштабной сверхсмертностью, обусловленной мировой пандемией и резким снижением уровня рождаемости, вызванным сокращением во всех региональных общинах численности женщин репродуктивного возраста. На эту сложную динамику наложилась пульсирующая в широком количественном диапазоне миграция, масштабы и вектор которой задавались ухудшившейся социально-экономической ситуацией в России и ограничениями, связанными с COVID-19.

Но даже с учетом данных обстоятельств результаты переписи 2020 (2021) г. оказались неожиданными. Согласно им сократились все без исключения армянские общины ЮР. Разбег удельных масштабов депопуляции различался у них самым существенным образом. Если армянское население Адыгеи и Севастополя потеряло 4,8-6,9% своей численности, то община Волгоградской области сократилась на 42,9% (см. таблицу 1). И в целом демографические потери оказались очень велики: армянское население ЮР в 2010-2021 гг. сократилось почти на 24,6%. Заметим, что сопоставимые размеры депопуляции были зафиксированы и для всей армянской общины в России (-20,8%). Таким образом, речь шла о тенденции федерального масштаба, захватывающей в той или иной степени все региональные группы армянского населения.

Одна из причин столь масштабного сокращения армянского населения заключалась в наличии уже упомянутой значительной группы лиц с неустановленной национальной

⁷ Только в Крыму и Севастополе, в данное время находившихся в составе Украины, этот показатель был несколько выше – согласно переписи 2001 г. он составлял соответственно 0,45 и 1,0%.

принадлежностью, переписанных по данным паспортных столов и другим источникам без обхода населения. Во время переписи 2021 г. эта группа выросла еще больше и включала уже в пределах 4,6-16,9% населения южнороссийских регионов. По мнению экспертов, этнодемографическая структура данной группы в целом была аналогична структуре всего регионального населения, т. е. реальные размеры местных национальных сообществ были больше зафиксированных переписью на эту удельную величину (Степанов, Тишков 2013: 34).

Перерасчет результатов переписи 2020 (2021) г. с учетом данной группы позволяет увеличить численность армянского населения ЮР почти на 21 тыс. человек (таблица 2). Но этой величины оказывается абсолютно недостаточно для компенсации зафиксированной переписью масштабной демографической убыли южнороссийских армян, которая по-прежнему требует своего объяснения. И следует хотя бы в первом приближении оценить возможный депопуляционный «вклад» каждого из трех факторов количественной динамики армянского населения ЮР в межпереписной период 2010-2021 гг.

Таблица 2. Перерасчет размера армянских общин ЮР с учетом населения, не указавшего национальности во время постсоветских переписей

Территории	Население, не указавшее национальность, %			Пересчет общин с учетом лиц, не указавших национальность, тыс. чел.			Динамика, %	
	2002	2010	2021	2002	2010	2021	2010/2002	2021/2010
Адыгея	0,4	3,3	10,1	15,33	16,08	16,31	4,9	1,4
Калмыкия	0,01	2,0	4,6	0,89	0,88	0,59	-1,1	-33,0
Республика Крым	0,45*	3,6**	8,1	10,13	9,98	8,34	-1,5	-16,4
Краснодарский край	0,26	2,0	5,0	275,3	287,3	221,7	4,4	-22,8
Астраханская область	0,29	9,4	15,0	6,33	6,37	4,78	0,6	-25,0
Волгоградская область	0,32	1,7	10,7	27,06	28,32	17,59	4,7	-37,9
Ростовская область	0,17	1,8	6,4	110,2	112,7	91,8	2,3	-18,5
Севастополь	1,0*	5,0**	16,9	1,33	1,47	1,52	10,5	3,4
Юг России (тыс. чел.)				446,5 (1,1)***	463,1 (9,7)	362,6 (20,8)	3,7	-21,7

Источник: Рассчитано по: (Росстат 2002; 2010; 2021).

Примечание: * – 2001 г.; ** – 2014 г.; *** – в скобках прирост по сравнению с официальными результатами переписей.

Естественное воспроизводство, тренды последнего десятилетия

Сложность анализа естественного прироста южнороссийских армянских общин связана с тем, что показатели рождаемости и смертности даются Росстатом по российским регионам без разбивки на национальные группы населения. Демографическая статистика отсутствует для отдельных национальных сообществ и по Российской Федерации в целом, заставляя искать паллиативные способы оценки данных показателей. Однако в случае с армянскими общинами ЮР (как и других макрорегионов России) в качестве такого сравнительного количественного ориентира с полным основанием могут быть использованы данные по естественному движению населения Армении. Учитывая почти мононациональный состав страны, коэффициенты рождаемости и смертности всего ее населения и титульного сообщества практически совпадают. Необходимо определить, как они соотносятся с

воспроизводственными характеристиками южнороссийских общин. Сравнение ряда демографических показателей, определяющих общий уровень современной репродуктивной активности, обнаруживает сходство между титульным населением Армении и армянскими общинами ЮР, хотя средний возраст первого был несколько ниже. В Армении в начале 2010-х годов он составлял для этнических армян 32,9 года, тогда как для армян в южнороссийских общинах колебался в пределах 36-38 лет (таблица 3). Что, впрочем, в свою очередь было на 2-4 года ниже показателя местного русского населения, как и большинства других этнических групп ЮР (за исключением кавказских и среднеазиатских диаспор). К началу 2020-х годов средний возраст армянского и русского населения вырос на 2-2,5 года как в РФ, так и в Армении, титульное население которой по-прежнему в целом было на три года моложе представителей российской диаспоры (таблица 3).

Таблица 3. Средний возраст армянского и русского населения РФ, Армении, южнороссийских регионов в 2010-2011 и в 2020-2021 гг., число лет

Страны и регионы	Армяне			Русские		
	все	город	село	все	город	село
Армения, 2011 г.	32,9	33,6	31,5	43,3	46,8	38,1
РФ, 2010 г.	36,0	36,0	35,8	39,5	39,3	39,9
в том числе:						
Адыгея	36,9	37,8	36,2	40,0	40,5	39,5
Калмыкия	34,6	34,0	35,1	39,7	39,9	39,5
Краснодарский край	37,3	37,7	36,9	39,4	39,5	39,4
Астраханская область	35,3	35,3	34,9	39,1	38,9	39,4
Волгоградская область	34,6	34,5	34,7	39,9	40,0	39,8
Ростовская область	37,9	38,5	36,9	40,0	40,0	40,1
Армения, 2020 г.	35,4					
РФ, 2021 г.	38,7	38,4	39,3	41,7	41,4	42,9

Источник: Рассчитано по: (Демографический сборник Армении 2022; Росстат 2002; 2010).

Однако коэффициент суммарной рождаемости на одну женщину у российских армян на рубеже 2020-х годов был выше, чем в Армении (соответственно 1,66 и 1,60)⁸. А уровень репродуктивной активности женщин в большинстве южнороссийских общин в свою очередь превосходил показатель всей армянской диаспоры России. Об этом можно делать вывод на основании метода косвенной оценки коэффициента суммарной рождаемости, учитывающего соотношение размеров возрастных групп детей и женщин детородного возраста. Различные варианты данного метода начали разрабатываться демографами с 1960-1970-х годов (Brass 1968; Rele 1977; Hoptcroft, Goldman, Chidambaram 1982). Нами была использована его предельно упрощенная форма, представлявшая арифметический расчет отношения общей численности детей и подростков (0-19 лет) к числу женщин активного репродуктивного возраста (20-39 лет). У населения Армении данный показатель в 2011 г. составлял 1,59, в армянской диаспоре Российской Федерации – 1,55; а в трех их шести проанализированных южнороссийских общин был заметно выше (1,72–1,86). Хотя нельзя не отметить, что в двух крупнейших (донской и кубанской) он несколько уступал показателю всех российских армян (таблица 4).

⁸ Рассчитано по: Демографические показатели по 15 новым независимым государствам, 1992-2018. Демоскоп-Weekly. <https://www.demoscope.ru/weekly/pril.php>

Таблица 4. Отношение численности детей и подростков до 20 лет к числу женщин активного репродуктивного возраста (20-39 лет) у армянского населения РФ, Армении, регионов ЮР, 2010-2011

Страны и регионы	Всего	Город	Село
Армения, 2011	1,59	1,47	1,83
Россия, 2010	1,55	1,52	1,63
Адыгея	1,61	1,55	1,67
Калмыкия	1,86	1,90	1,82
Краснодарский край	1,47	1,43	1,53
Астраханская область	1,84	1,82	2,00
Волгоградская область	1,72	1,70	1,82
Ростовская область	1,50	1,41	1,62

Источник: Рассчитано по: (Всероссийская перепись населения 2010; Результаты переписи населения... 2011).

Таким образом, общий коэффициент рождаемости у южнороссийских армян в 2010-е годы был в целом сопоставим с данным показателем у населения Армении (учитывая его моноэтническую структуру, речь фактически идет о показателе титульного народа). За 2011-2021 гг. последний снизился с 14-14,3 до 12,2-12,4‰ (среднегодовой показатель составлял 13,6‰) (Демографический сборник Армении 2022).

Расчетная оценка коэффициента рождаемости южнороссийских армян, выполненная через анализ данных по возрастной структуре региональных общин, свидетельствует, что в 2006-2010 гг. этот показатель колебался у армянского населения разных регионов ЮР в диапазоне 10,3-12,9 ‰ (рассчитано по: (Всероссийская перепись населения 2010)). При этом он неизменно на 0,4-1,1‰ оказывался выше показателя всего регионального социума (исключение – Калмыкия). Предположив, что в 2010-е годы данное соотношение коэффициентов рождаемости у армян и остального населения в регионах ЮР в целом сохранилось, мы получим для армянского населения следующие показатели рождаемости⁹, приведенные в таблице 5.

У нас нет точных данных и об уровне смертности южнороссийских армян в последние 10-12 лет. Однако, учитывая достаточно молодую возрастную структуру общин и незначительные масштабы мужской сверхсмертности, обусловленные алкогольным фактором, можно с достаточной уверенностью утверждать, что коэффициент смертности армянского населения ЮР был заметно ниже, чем в их региональных социумах. Косвенно об этом свидетельствует и то, что среднегодовой уровень смертности населения Армении в 2010-е годы составлял всего 9,6‰, т. е. был существенно (на 30-60%) ниже, чем во всех южнороссийских регионах, за исключением Калмыкии (рассчитано по: (Росстат 2010; 2021)) (см. таблицу 5).

⁹ Расчет уровня рождаемости армянского населения Республики Крым и Севастополя был выполнен по результатам переписи населения в Крымском Федеральном округе 2014 г. Если в Республике Крым среднегодовой коэффициент рождаемости в армянской общине за 2010-2014 гг. был несколько меньше показателя остального регионального социума (соответственно 12,3 и 12,9‰), то у армянского населения Севастополя оказался ниже почти в 2 раза (6,2 и 12,3‰). Столь низкий уровень рождаемости, как правило, указывает на высокую степень ассимиляции общины.

Таблица 5. Естественная динамика населения регионов ЮР и местных армянских общин, 2010–2021

Территории	Региональные социумы			Армянские общины*		
	среднегодовая рождаемость за период, на 1000 чел.	среднегодовая смертность за период, на 1000 чел.	естественная динамика за 2011–2021 г., %	среднегодовая рождаемость за период, на 1000 чел.	среднегодовая смертность за период, на 1000 чел.	естественная динамика за 2011–2021 г., %
Адыгея	11,3	13,2	-2,2	12,2-12,4	10,5-11,0	1,3-2,1
Калмыкия	12,4	10,3	2,4	9,0-9,3	9,8-10,0	0,55-1,1
Республика Крым	11,1	15,4	-3,5	10,5-10,7	10,5-11,0	-0,55 - +0,2
Краснодарский край	12,2	13,3	-1,3	12,6-12,8	10,5-11,0	1,8-2,5
Астраханская область	13,1	12,6	0,5	13-13,2	9,8-10,0	3,3-3,7
Волгоградская область	10,2	14,2	-4,4	11-11,2	9,8-10,0	1,1-1,55
Ростовская область	10,6	14,4	-4,2	10,8-11,0	10,5-11,0	-0,2 - +0,55
Севастополь	10,8	13,7	-2,3	5,5-6,0	10,5-11,0	-(5,0-6,0)
Юг России	11,4	13,8	-2,7	12-12,2	10,4-10,9	0,9-1,8

Источник: Рассчитано по: (Росстат 2002; 2010; 2021).

Примечание: * – Расчетные оценки автора.

Для общей оценки показателя смертности южнороссийских армян можно использовать и демографическую статистику по армянской общине Казахстана, имевшей сопоставимую форму расселения и уровень социокультурной модернизации. Сходным являлось и качество системы здравоохранения двух стран, играющей важную роль в уровне смертности населения.

Среднегодовой коэффициент смертности казахстанских армян в 2011-2019 гг. составлял 9,8‰¹⁰. Есть основания полагать, что аналогичным (9,8-10,0‰) данный показатель был и у армянского населения Астраханской, Волгоградской областей и Калмыкии, имевших сходную с общиной Казахстана возрастную структуру. У армян остальных регионов ЮР коэффициент смертности мог быть чуть выше (10,5-11,0‰), учитывая, что их медианный возраст был незначительно выше (см. таблицу 5).

Приведенные выше среднегодовые показатели рождаемости и смертности армянских общин ЮР в 2010-е годы позволяют определить их естественную динамику в данный период: в шести регионах она была положительной, располагаясь в диапазоне 0,6-3,7%; в двух (Ростовская область и Республика Крым) находилась около нулевой отметки; в Севастополе была отрицательной. В целом по южному макрорегиону армянское население за 2010-2021 гг. в результате естественной динамики могло увеличить свою численность на 0,9-1,8% (см. таблицу 5).

¹⁰ Рассчитано по: Бюро национальной статистики Казахстана. Динамические ряды (2011-2019). <https://stat.gov.kz/ru/industries/social-statistics/demography/dynamic-tables/>

Миграционная динамика

Как уже отмечалось, именно миграционный приток являлся причиной взрывного роста численности всех южнороссийских армянских общин в первое постсоветское десятилетие. Но пиковый уровень этой миграционной волны пришелся на первую половину – середину 1990-х годов. К рубежу XXI века ежегодное число армянских переселенцев в пределы ЮР сократилось в разы. Однако сальдо миграции у всех армянских общин южного макрорегиона оставалось устойчиво положительным на протяжении всех 2000-х годов. С конца 1990-х годов основным источником миграционного пополнения южнороссийских общин являлся приток из Армении ¹¹.

В 2000-е годы чистый приток мигрантов из нее в пределы южного макрорегиона (без учета Крыма и Севастополя) составил более 22 тыс. человек. В следующее десятилетие он существенно вырос, составив за 2011-2021 гг. 50,7 тыс. человек. Как и в 1990-2000-е годы, основной поток мигрантов направлялся в Краснодарский край и Ростовскую область, региональные общины которых только за счет данного фактора должны были вырасти в 2010-е годы на 8,8 и 12%. А все армянское население ЮР на – 11% (таблица 6).

Таблица 6. Миграционное сальдо регионов ЮР с Арменией, 2001-2021, чел.

Территории	2001- 2010	2011- 2012	2013, 2015	2016- 2017	2018	2019	2020	2021	2011- 2021
Адыгея	1479	719	433	193	138	1330	-488	630	2955
Калмыкия	126	69	6	-8	-4	1	0	0	64
Республика Крым				275	77	242	-6	354	1095
Краснодарский край	9300	6026	5319	2244	2010	5073	509	3575	24756
Астраханская область	1531	356	585	384	30	-288	-126	105	1046
Волгоградская область	3115	1435	1021	449	360	775	1616	1415	7071
Ростовская область	6892	1665	2686	1104	363	2 664	985	3 889	13356
Севастополь				13	21	30	85	255	419
Юг России (тыс. чел.)	22,4	10,27	10,22	4,65	3,0	9,83	2,57	10,22	50,8

Источник: Составлено по (Росстат. ЕМИСС. Показатели).

Однако помимо международной миграции, однозначно работавшей на рост демографического потенциала южнороссийских диаспор, происходила межрегиональная циркуляция армянского населения. Росстат не дает информации о национальном составе выехавших и въехавших мигрантов в региональном разрезе. Остается строить общие предположения о векторе и размерах миграционного сальдо отдельных армянских общин ЮР в 2010-е годы. Но есть основания полагать, что данное межрегиональное механическое движение в целом коррелировало с социально-экономической ситуацией в каждом регионе, степенью укорененности местных армянских общин и общим вектором миграционной динамики всего регионального населения. Исходя из этого предположения, можно говорить об определенном оттоке армян в другие российские регионы из Астраханской и Волгоградской областей, среднегодовые размеры общего межрегионального оттока из которых в середине – второй половине 2010-х годов составляли соответственно 3,6 и 6,0 тыс. человек. Но, приняв во внимание, что доля армян в населении этих областей составляла только 0,5-1%, даже при повышенной интенсивности

¹¹ Даже не имея точной информации об этнической структуре миграционного взаимообмена между Арменией и ЮР, очевидно, что в подавляющей степени он формировался в 2000-2010-е годы представителями армянской национальности.

оттока он едва ли за 2010-е годы мог привести к потере более 200-400 человек астраханской общиной и 600-900 человек волгоградской. При том, что за данный период чистый приток мигрантов из Армении составил в них соответственно 1,05 и 7,07 тыс. человек.

Теряла население в межрегиональном обмене в 2010-е годы и Ростовская область – чистый миграционный отток за десятилетие составил 35 тыс. человек. Но, учитывая глубину интеграции армянской общины и ее мощные позиции в социально-экономической и социокультурной сферах жизни регионального социума, сальдо межрегиональной миграции донских армян, если и было отрицательным, то при минимальных абсолютных размерах (несколько сотен человек)¹². В любом случае оно более, чем на порядок должно было уступать притоку в область армян из Армении, составившему в данный период 13,4 тыс. человек (таблица 6)

Сложной для армян была ситуация в Калмыкии, самом экономически депрессивном регионе Юга России, имевшем максимальные показатели миграционного оттока. В 2010-2021 гг. республика в результате межрегионального оттока потеряла 8,0% своего населения. Около половины местных армян были эмигрантами 1990-х годов, не успевшими глубоко укорениться в Калмыкии. Уже в 2000-е годы они начали активно перебираться в более развитые и динамичные российские регионы. В 2010-е годы этот процесс значительно усилился (Суций 2015). За десятилетие республику могло покинуть порядка 15-25% представителей диаспоры, при том что чистый приток из Армении в данный период составил порядка 10% от ее размера. Таким образом, общее отрицательное миграционное сальдо армянской общины Калмыкии в 2010-е годы могло составить 10-20% от ее величины (100-200 человек).

Остальные общины ЮР в 2010-е годы (Краснодарский край, Адыгея, республика Крым, Севастополь), имели положительное сальдо межрегиональной миграции и с большой вероятностью должны были увеличить свои размеры в результате обмена с другими российскими территориями. Особенно кубанская община. Чистый приток мигрантов из других регионов России в Краснодарский край за 2010-2021 гг. составил 380 тыс. человек. Если доля армян в нем была сопоставима с их долей во всем населении России, рост кубанской общины за счет данного фактора мог составить 3-3,5 тыс. человек (таблица 7). Но, учитывая масштабный социально-экономический потенциал кубанских армян и общую привлекательность региона, обозначенные цифры скорее являются нижним порогом возможного межрегионального пополнения общины.

Однако даже в Краснодарском крае межрегиональная составляющая миграции по своим размерам многократно уступала количественному притоку армян из Армении. Тем более это касается других южнороссийских территорий. Таким образом, именно масштабное положительное сальдо регионов ЮР с Арменией определяло общую положительную роль миграции в демографической динамике всех южнороссийских общин, за исключением Калмыкии.

¹² Показательно, что в Мясниковском районе, основном средоточии сельских армян Дона (их доля в местном населении превышала 60%), в данном десятилетии наблюдался приток мигрантов из других регионов России. Таким образом, сельская часть региональной общины в 2010-е годы с большой вероятностью пополнялась мигрантами из других регионов России.

Таблица 7. Доля этнических армян в населении регионов ЮР в 2010 г. и сальдо миграции всего населения регионов и местных армянских общин за период 2010-2021 гг., тыс. чел.

Регионы	Доля армян в населении региона, 2010, %	Сальдо межрегиональной миграции (СММ)	Вероятный диапазон СММ армянских общин	Сальдо миграции с Арменией	Вероятное сальдо миграции региональных общин
Адыгея	3,66	16,6	0,1/0,2	3,0	3,1/3,2
Калмыкия	0,31	-22,1	-0,2/-0,3	0,1	-0,1/-0,2
Республика Крым	0,42	14,4	0,1/0,2	1,1	1,2/1,3
Краснодарский край	5,50	380,4	3/3,5	24,8	27,8/28,3
Астраханская область	0,64	-36,0	-0,2/-0,4	1,1	0,7/0,9
Волгоградская область	1,09	-60,0	-0,6/-0,9	7,1	6,2/6,5
Ростовская область	2,64	-35,9	-0,8/-1,0	13,4	12,4/12,6
Севастополь	0,35	77,9	0,6/0,7	0,4	1,0-1,1

Ассимиляционные процессы

Ассимиляционный процесс может влиять на количественную динамику этнической общины через межнациональную брачность и появление смешанного потомства – биэтнофоров, обладающих сложной идентичностью. Количественная динамика данной группы и характер национального самоопределения ее представителей в зависимости от сочетания множества факторов способны работать как на рост, так и сокращение демографического потенциала региональных общин.

Множественные исследования социоэтнокультурной динамики южнороссийских армян, проведенные в постсоветский период, фиксировали некоторый рост в региональных общинах аккультурации и ассимиляционных тенденций, связанных как с ускорением культурно-языкового обрусения молодых поколений, проходящих через русскоязычную систему образования, так и с ростом в среде армянской молодежи межэтнической брачности (Армянская община на Дону 2022; Армяне Юга России 2011; Тер-Саркисянц 1998).

Но в целом масштабы последней на юге были существенно ниже, чем среди всего армянского населения России. В 1988 г. 45,4% вступающих в брак российских армян выбирали супругу (супруга) другой национальности (в том числе у мужчин данный показатель составлял 63,4%, у женщин – 43,2%; у городских жителей – 62,3%, у сельских – 35,8%) (рассчитано по: (Население 1988: 217)). Причем в конце 1970-х годов данные показатели были ниже всего на несколько процентов. Таким образом, данный этнодемографический тренд захватывал несколько десятилетий и к концу советского периода значительная часть семейных российских армян уже состояла в межнациональных браках. Между тем у сельских армян Ростовской области (Мясниковский район) доля смешанных семей в конце 1980-х годов составляла только 11,6% ¹³ (Тер-Саркисянц 1998).

¹³ У вступающих в брак непосредственно в данное время этот показатель был несколько выше (15-20%), но все равно кратно уступал общероссийскому уровню межнациональной брачности армян.

Сопоставимым был данный показатель и у армян Кубани. Очевидно, что значительная концентрация армянского населения в регионах ЮР, наличие множества городов и сельских территорий с его компактным проживанием являлись одной из основных причин пониженного уровня межнациональной брачности.

В постсоветский период на динамику этого показателя разнонаправлено влияли разные факторы. В масштабе всей России у армян в 1990-2000-е годы фиксировался определенный рост доли мононациональных семей, обусловленный масштабным притоком мигрантов из ближнего зарубежья (и прежде всего из Армении), у которых уровень брачной мононациональности был значительно выше, чем у армян, родившихся в России. В 2010 г. в межнациональных браках состояло 29,3% всех российских семейных армян. В крупных общинах Юга России (прежде всего, в донской и кубанской) данный показатель мог быть заметно ниже, в свою очередь различаясь в сельской местности и в городах (Суций 2015: 229-232).

Косвенно об этом свидетельствуют и данные социологических опросов. Так, согласно последнему по времени проведению исследованию донских армян (май-июль 2021 г.) 80,6% семейных респондентов состояло в мононациональном браке, еще у 8,7% брачный партнер был наполовину армянином. Таким образом, доля межнациональных браков фактически составляла около 10% (Армянская община на Дону 2022: 223).

Не менее значимо другое обстоятельство. Сравнительный анализ демографических потерь и пополнения, связанных с ассимиляционным процессом у ведущих региональных армянских общин ЮР в 2000-2010-е годы, позволяет делать вывод об известном равновесии данных противоположных тенденций (Армяне Юга России 2011). Этот вывод, опирающийся на результаты опросов, может быть отчасти подтвержден и непосредственно этнодемографической статистикой. Речь об уже упоминавшемся количественном показателе – отношении численности детско-юношеских возрастных групп региональных общин к численности женщин наиболее активного детородного возраста (20-39 лет). Напомним, данный показатель, в южнороссийских общинах не уступал показателю армянского населения Армении (см. таблицу 2). Но известно, что в этнических группах с высоким уровнем ассимиляции он оказывается заметно сниженным вследствие того, что более или менее значительная часть женщин, находясь в межнациональных браках, преимущественно «работает» на естественное воспроизводство национальной общности своих супругов (Суций 2017).

Таким образом, названный показатель указывает на по-прежнему низкий (или пониженный) уровень межнациональной брачности армянских женщин южного макрорегиона и сохранение в региональных общинах в качестве доминирующей формы межнациональной семьи, брака между армянином и представительницей другого народа (прежде всего, русского)¹⁴. А смешанное потомство таких семей в своем большинстве этнически самоопределялось по национальности отца (Суций 2015: 229-230).

¹⁴ К примеру, у сельских армян Дона частотность такого брачного союза на рубеже XXI века была в 3,5 раза выше, чем у обратного сочетания (не армянин – армянка) (Тер-Саркисянц 1998: 350-355).

Хотя уровень межнациональной брачности армянского населения ЮР мог серьезно варьироваться по десятилетиям постсоветского периода и по отдельным регионам, ни в одной из южнороссийских общин в 2000-2010-е годы не обнаруживалось ощутимой доминанты депопуляционного тренда, связанного с ассимиляцией. И можно было констатировать примерное равновесие демографических потерь и пополнения, связанных с динамикой национального самоопределения биэтнофоров.

Оговорим, что данный вывод в меньшей степени распространяется на самые небольшие региональные общины (например, армян Калмыкии), локальные группы, тем более на дисперсно расселенных в пределах ЮР представителей армянского народа. Очевидно и то, что в крупных городах макрорегиона, в которых ассимиляционное давление русской социоэтнокультурной среды особенно велико, уже в среднесрочной перспективе можно ожидать заметного ускорения комплексного обрусения местного армянского населения – процесса, в дальнейшем способного ощутимо увеличить демографические потери городских общин ЮР. Однако это один из весьма вероятных сценариев их динамики в среднесрочной и более отдаленной перспективе (со второй половины 2030-х годов).

Итак, проведенное исследование позволяет сделать вывод, согласно которому зафиксированное переписью 2021 г. резкое количественное сокращение армянского населения ЮР в 2010-е годы не могло быть следствием ни одного из факторов современной демографической динамики региональных общин. Естественное воспроизводство и миграция скорее работали на их количественный рост, а ассимиляционная динамика – на демографическое равновесие. К тому же данные переписи абсолютно не соответствовали социально-экономическим реалиям жизни региональных общин. Очевидно, что сокращение за 10-летний период большинства территориальных групп армянского населения южного макрорегиона на 20-30% не могло бы остаться незамеченным этноактивистами и руководством местных национально-культурных общин.

Не способно объяснить столь масштабные демографические потери и наличие в данных переписи 2021 г. объемной группы лиц с неустановленной национальностью. Перерасчет размера региональных общин ЮР с учетом данной группы все равно обнаруживает значительную «недостачу» армянского населения в сравнении с цифрой, полученной в результате оценки, опирающейся на вероятные показатели естественного воспроизводства и миграционной динамики общин южного макрорегиона в 2010-е годы (таблица 8). Согласно данной оценке численность армян в южном макрорегионе в 2021 г. должна была составлять 515-521 тыс. человек, что в 1,5 раза больше официальных цифр, полученных переписью. При этом в некоторых региональных общинах эти «ножницы» еще шире: расчетная численность армянского населения Волгоградской области оказалась в 2,2 раза выше официальной, Севастополя и Астраханской области соответственно – на 90-98 и 75-81%

Наиболее (если не единственно) правдоподобным в данной ситуации является предположение о масштабном «статистическом» феномене депопуляции, являющейся результатом неполного учета в переписи 2020 (2021) г. армянского населения ЮР. В пользу такого предположения говорят и социологические опросы, свидетельствующие, что данный дефект переписи 2021 г. имел самые значительные масштабы. Достаточно указать

на результаты опроса, выполненного Левада-Центром, согласно которому более 40% респондентов участия в переписи не принимало¹⁵.

Таблица 8. Оценка реального размера армянских общин ЮР с учетом их вероятной естественной и миграционной динамики, 2011-2021

Территории	Численность в 2010 г. с учетом не назвавших национальность, тыс. чел.	Естественная динамика 2011-2021 гг., тыс. чел.	Миграционная динамика 2011-2021 гг., тыс. чел.	Вероятная численность армян в конце 2021 г., тыс. чел.	Недоучет в сравнении с данными переписи 2021 г., %
	1	2	3	1+2+3=4	5
Адыгея	16,1	0,2–0,3	3,5–3,7	19,4–19,6	31,1–33,0
Калмыкия	0,88	0,01–0,02	-0,1 – -0,2	0,7–0,81	22,8–42,1
Республика Крым	10,0	-0,05 – +0,02	1,2–1,3	11,1–11,3	43,8–46,4
Краснодарский край	287,3	4,5-6,5	27,8–28,3	320–322	51,6–52,5
Астраханская область	6,4	0,17–0,20	0,7–0,9	7,27–7,5	75,2–80,7
Волгоградская область	28,3	0,3–0,4	6,2–6,5	34,8–35,0	119,0–120,3
Ростовская область	112,7	-1,1 – +0,6	12,3–12,7	124–126,1	43,7–46,2
Севастополь	1,47	-(0,07-0,08)	1,0–1,1	2,4–2,5	84,6–92,3
Юг России, тыс. чел.	463,1	3,9–8,0	52,4–54,0	519,4–525,0	52,0–53,6

Косвенные подтверждения существенного недоучета армянского (как и всего) населения юга обнаруживаются в самих результатах последней переписи. Показательны в этом плане данные о расселенческой структуре региональных общин ЮР, позволяющие установить их динамику в межпереписной период. Во всех общинах относительные масштабы демографической убыли городских армян оказались существенно выше. Более того, в трех регионах (Адыгея, Астраханская область, Севастополь) число сельских армян в 2010-е годы даже возросло (таблица 9). Конечно, можно вспомнить о более высокой репродуктивной активности сельского армянского населения ЮР и пониженных показателях межнациональной брачности (соответственно и меньших масштабах ассимиляционного процесса). Но очевидно, что данные факторы не могли иметь столь значительных демографических последствий. Тем более что для сельских армян южного макрорегиона, как и для остальных поселян, был характерен определенный переток в города.

Между тем, в Астраханской области при росте численности сельских армян на 7%, городская компонента общины в 2010-е годы потеряла почти 23% демографического потенциала, в Адыгее соответствующие показатели составили 10,8 и -2,9%. Но и в регионах с общим депопуляционным трендом данных двух форм системы расселения армянских общин различия в темпах убыли оказались слишком велики, чтобы такая статистика могла соответствовать реальной динамике.

¹⁵ Левада центр (2021). Участие россиян в переписи. <https://www.levada.ru/2021/12/21/uchastie-rossiyan-v-perepisi/> (АНО “Левада-Центр” внесена Минюстом в реестр некоммерческих организаций, выполняющих функции иностранного агента.)

Таблица 9. Изменение численности армянского населения в регионах ЮР, 2010-2021, %

Регионы	Городское и сельское население			Городское население			Сельское население		
	оба пола	мужчины	женщины	оба пола	мужчины	женщины	оба пола	мужчины	женщины
Адыгея	-4,8	-5,9	-3,7	-22,9	-23,8	-22,0	10,8	9,4	12,3
Калмыкия	-34,7	-39,4	-28,6	-39,0	-43,6	-33,3	-30,4	-35,3	-23,8
Республика Крым*	-19,9	-19,5	-20,4	-26,3	-26,0	-26,7	-10,4	-10,0	-11,0
Краснодарский	-25,0	-23,6	-26,6	-30,4	-29,3	-31,6	-18,8	-17,0	-20,6
Астраханская	-28,7	-30,0	-27,2	-34,0	-35,4	-32,2	2,1	1,5	2,9
Волгоградская	-42,9	-42,6	-43,3	-45,8	-45,5	-46,2	-28,8	-29,4	-27,8
Ростовская	-22,1	-22,2	-21,9	-33,8	-33,7	-33,9	-5,5	-5,8	-5,3
Севастополь*	-6,9	-4,7	-9,9	-10,3	-9,9	-10,8	52,0	84,1	6,5

Источник: Рассчитано по: (Росстат 2010; 2021; Итоги переписи населения в Крымском... 2015).

Примечание: * – Изменение за 2014-2021 гг.

Наглядная иллюстрация – ситуация в донской общине, в которой число сельских и городских армян сократилось в 2010-е годы соответственно на 5,5 и 33,8%. Учитывая, что почти 2/3 областных армян-горожан сосредоточено в областной столице (44,2 из 67,2 тыс. в 2010 г.), именно ростовская община должна была понести основные демографические потери, сократившись на треть или более. Но столь масштабная убыль второго по численности национального сообщества Ростова неизбежно должна была обернуться существенными последствиями для его социально-экономической и культурной жизни, вызвав самый широкий общественный резонанс, не говоря уже о публичной реакции этноактивистского ядра самой армянской общины.

Единственным реалистичным объяснением фиксируемой гигантской «вилки» динамического показателя у городского и сельского населения региональных общин ЮР представляется значительный недоучет во время переписи городских армян. Именно в городах, прежде всего крупных, проблема полного охвата населения (и армян в том числе) могла стоять наиболее остро¹⁶. Судя по результатам переписи, эта проблема так и не была решена должным образом. Но если недоучет южнороссийских армян действительно имел существенную расселенческую специфику, фактически недостоверным, помимо общей численности, оказывается и рассчитанный на основе результатов переписи уровень урбанизации общин, как и динамика данного показателя в 2010-е годы (во всех регионах ЮР зафиксировано более или менее заметное снижение доли городских армян) (таблица 10).

¹⁶ Заметим, что упоминавшийся опрос Левада-центра не обнаружил существенных различий в уровне охвата переписью населения, относившегося к разным уровням системы расселения (крупные, средние, малые города и сельская местность), за исключением Москвы, в которой было переписано чуть более четверти населения. Но можно предположить, что в пространственно-расселенческом аспекте данный показатель для отдельных этнических групп могла иметь свою существенную специфику.

Таблица 10. Уровень урбанизации и гендерное соотношение в региональных общинах армян ЮР, 2010 и 2021 гг.

Регионы	Доля горожан, %		Число мужчин на 100 женщин	
	2010*	2021	2010*	2021
Адыгея	46,3	37,5	105	103
Калмыкия	49,9	46,6	130	110
Республика Крым	59,7	54,9	128	129
Краснодарский край	53,8	49,9	105	110
Астраханская область	85,5	79,2	121	116
Волгоградская область	83,2	79,0	124	125
Ростовская область	58,6	49,8	111	111
Севастополь	94,6	91,2	135	142

Источник: Рассчитано по: (Росстат 2010; 2021; Перепись населения в Крымском... 2014).

*Примечание: * – Для Крыма и Севастополя 2014 г.*

При этом показательно, что в гендерном аспекте перепись 2021 г. не обнаружила заметных различий в количественной динамике мужского и женского компонентов армянского населения ЮР. Что вполне объяснимо, если были массово недоучтены не отдельные люди, а целые семьи (квартиры и домовладения), в силу разных причин не опрошенные переписчиками.

Выводы

Проведенный анализ свидетельствует, что 2010-е годы с большой вероятностью были связаны с демографическим ростом большинства армянских общин ЮР и всего армянского населения южного макрорегиона, которое к началу 2020-х годов могло превысить полмиллиона человек, что на 175-180 тыс. больше величины, зафиксированной переписью 2020 (2021) г. Учитывая, что на ЮР приходится значительная доля всех армян России, есть основания полагать, что и число последних в 2010-2021 гг. должно было не сократиться на 20%, а увеличить свои размеры. Тем более что значительные проблемы с учетом всего населения (т. е. и армян) во время последней переписи были характерны для всех российских регионов.

Но, как продемонстрировало исследование, масштабы этого недоучета в зависимости от сочетания множества факторов существенно различались между субъектами РФ, что не дает возможности вывести какой-то общий корректирующий коэффициент, позволяющий приблизить результаты переписи к реальной динамике армянского населения России. Можно только констатировать, что его численность в 2021 г. с максимально большой вероятностью значительно (на треть или более) превосходила данные российской переписи.

Однако заметное сокращение численности было зафиксировано и у большинства других российских народов, в том числе составляющих группу ее ведущих национальных сообществ. Из первой десятки этнодемографического рейтинга по переписи 2010 г. (без учета русских) к началу 2020-х годов сократились размеры восьми народов. При этом пять утратили 20% и более своей численности (помимо армян это украинцы, чуваша, мордва, азербайджанцы)¹⁷. Очевидно, что использование данной статистики в научно-

¹⁷ Хотя наибольший общественный резонанс получила зафиксированная переписью 2021 г. депопуляция российских татар в размере 11,2%.

исследовательских целях или в управленческой практике предполагает проведение предварительного комплексного анализа, позволяющего оценить уровень ее достоверности как в масштабе Федерации, так и в региональном разрезе.

Литература

- Армянская община на Дону: интеграция и сохранение этнокультурной идентичности (2022). Ростов-на-Дону – Таганрог: Изд-во ЮФУ.
- Армяне Юга России: опыт социологического исследования (2011). Москва: Социально-гуманитарные знания.
- Батиев Л.В., Суций С.Я. (2020). Армянская община Дона: от самоуправляемой колонии к многосоставному этнокультурному меньшинству, конец XVIII – начало XXI вв. *Этнографическое обозрение*, 3, 70-87. <https://doi.org/10.31857/S086954150010049-3>
- Госкомстат СССР (1989). Всесоюзная перепись населения СССР 1989 года.
- Денисова Г.С., Герман М.А., Денисов В.И., Суций С.Я. (2018). *Атлас демографической динамики, гражданской идентичности и межэтнических отношений в Ростовской области*. Ростов-на-Дону: Фонд науки и образования.
- Население СССР* (1988). Статистический ежегодник. Москва: Финансы и статистика.
- Росстат (2002). Всероссийская перепись населения 2002 года. Том 4. "Национальный состав и владение языками, гражданство". <http://www.perepis2002.ru/index.html?id=17>
- Росстат (2010). Всероссийская перепись населения 2010 года. Том 4. «Население по национальности и владению русским языком по субъектам Российской Федерации». https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/perepis_itogi1612.htm
- Росстат (2021). *Всероссийская перепись населения 2020 года. Том 5 «Национальный состав и владение языками»*. https://rosstat.gov.ru/vpn/2020/Tom5_Nacionalnyj_sostav_i_vladenie_yazykami
- Росстат. ЕМИСС. Показатели. <https://www.fedstat.ru/indicator/43513>
- Степанов В., Тишков В. (2013). Этническое измерение переписи-2010. *Альманах «Этнодиалоги»*, 42, 31-37.
- Суций С.Я. (2015). *Армяне Юга России и Крыма*. Ростов-на-Дону: Копи-центр.
- Суций С.Я. (2017). Русские в республиках Северного Кавказа – рубежи геодемографического отступления (первая половина XXI века). *Демографическое обозрение*, 4, 115–140.
- Суций С.Я. (2018). Армяне России – геодемографические тенденции прошлого, современные реалии и перспективы. *Демографическое обозрение*, 5, 3, 127–152. <https://doi.org/10.17323/demreview.v5i3.8138>
- Тер-Саркисянц А.Е. (1998). *Армяне: история и этнокультурные традиции*. Москва: Изд-во Института этнологии и антропологии.
- Тер-Саркисянц А.Е., Худовердян В.Ц. (1993). *Армянская диаспора Юга России. Положение и перспективы*. Москва: Арм. община Москвы.

- Brass W. (1968). *Methods of analysis and estimation*. Princeton: Princeton University Press.
- Hobcraft J.N., Goldman N., Chidambaram V.C. (1982). Advances in the P/F ratio method for the analysis of birth histories. *Population Studies*, 36(2), 291-316.
- Rele J.R. (1977). Fertility analysis through extension of stable population concepts. Berkely: University of California.